

بسم الله الرحمن الرحيم

كلية التربية

قسم علم النفس

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

رسالة مقدمة من الباحث

أسامة لطفي عبد الحفيظ حمدان

للحصول على درجة الماجستير في التربية

(تخصص صحة نفسية)

إشــــــراف

الأستاذ الدكتور

عماد أحمد حسن علي

أستاذ علم النفس التربوي

ورئيس مجلس علم النفس

كلية التربية –جامعة أسيوط

الأستاذ الدكتور

خضر مخيمر أبو زيد

أستاذ علم النفس التربوي

ووكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

كلية التربية– جامعة أسيوط

(٢٠١٥ –٢٠١٦)

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى: ﴿ وَٱللَّهُ أَخْرَجَكُم مِّنۢ بُطُونِ أُمَّهَٰتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْـًٔا وَجَعَلَ لَكُمُ
ٱلسَّمْعَ وَٱلْأَبْصَٰرَ وَٱلْأَفْـِٔدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴿٧٨﴾ ﴾

شكر وتقدير

الحمد لله حمدًا حمدًا، والشكر له شكرًا شكرًا، أحمده سبحانه بجميع المحامد على جميع النعم، ربنا افتح بيننا وبين قومنا بالحق وأنت خير الفاتحين، سبحانك اللهم لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم، وصلاة وسلامًا على خير الخلق وحبيب الحق، المبعوث رحمة للعالمين، معلم البشرية جمعاء، محمد بن عبد الله وعلى آله وصحبه ومن والاه... أما بعد ...

كفى بالعلم شرفًا أن كلَّ واحدٍ يدَّعيه، ولما كانت مقاصد العلم مبنية على الصعاب، وتحمل العثرات، ولما كان لأهله العز والفضل، أردت أن أسلك طريقه لأنال بعض هذا العز والفضل، وكان لي عظيم الشرف أن أنتمي لهذا الصرح المبارك كلية التربية في جامعة أسيوط، وأن أدرس فيها طالبًا في مرحلة الليسانس وأن أكون فيها طالبًا وباحثًا في مرحلة الماجستير، ثم أحمد الله سبحانه وتعالى أن امتنّ عليّ بفضله، ووفقني لإنجاز هذا العمل فلله وحده الحمد، وإليه يرجع الفضل، قال الله تعالى:(لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ)، ومن منطلق من لا يشكر الناس لا يشكر الله، ومن باب الاعتراف بالفضل لأهل الفضل، فإن الباحث لا يسعه إلا أن يتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير، وعظيم الامتنان إلى سعادة الأستاذ الدكتور/ **عماد أحمد حسن علي** أستاذ علم النفس **التربوي** ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية جامعة أسيوط، والذي شَرُفَ الباحثُ قبل البحثِ بقبوله الإشراف، رغم كثرة المتاعب والمسئوليات التي على عاتقه، ومنحني من وقته وعلمه وصوابِ رأيه الكثير، منح فجاد وأفاض، وأرشد إلى طريق العلم من أيسر وأسهل طريق، فعرّف وعلّم وفهّم، فنهلتُ من بحر علمه، وتعلمت منْ حُسْنِ خلقه ورحابةِ صدره، فكان بحق أستاذًا ناصحًا وأخًا حافزًا، بارك الله في عمره وعلمه، وجزاه عن الباحثِ وعن البحثِ خيرَ الجزاء إنه وليُّ ذلك والقادر عليه.

كما لا يسعني أيضًا إلا أن أتقدم بخالص الشكر، وعظيم التقدير والإجلال إلى سعادة الأستاذ الدكتور/ **خضر مخيمر أبو زيد** أستاذ علم النفس التربوي، ووكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب، كلية التربية، جامعة أسيوط، والذي أكرمني ربي بأن أتتلمذ على يديه في مرحلة الليسانس وأن أنال شرفَ القربِ من سيادته في مرحلة الماجستير، أفاض على الباحثِ من واسعِ علمِه، وأغدق عليه بكريم خلقه، وسعة صدره ، وجميل صبره، فكان سيادته مثالًا في صبر الأستاذ على تلميذه، وفي حنوّ الأب على ابنه، فلقد كانت كلماته للباحث نبراسًا يهتدى به، وكانت آراؤه الصائبةُ منارةً ساطعةً على الطريق الصحيح، نصح فأخلص، وأرشد فصدق، ودل على النافع فهدى، فلسيادته من الباحث كل الشكر والتقدير والمحبة الخالصة، جزاه الله عن الباحث وعن البحث خير الجزاء، والله أسأل أن يكتب أجره، وأن يجعل الله ثواب ما قدم في موازيين أعماله.

كما يسعدني ويشرفني أن أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان والعرفان إلى سعادة الأستاذ الدكتور/........................ أستاذ الصحة النفسية، ونائب رئيس جامعة كفر الشيخ، وإنه لشرف للباحث وللبحث أن يحظى بقبول سعادته مناقشة الباحث، وتحمّل معاناة السفر من كفر الشيخ إلى صعيد مصر رغم أعماله الكثيرة، ومسئولياته الجسيمة، فلسيادته كل الشكر وعظيم التقدير على تفضله، واللهَ أسأل أن يجعل ذلك في موازين حسناته، وأن يبارك الله له في عمره وعمله وأهله.

كما لا يفوتني أن أسطر أسمى آيات الشكر والتقدير إلى سعادة الأستاذ الدكتور/ .... أستاذ الصحة النفسية، وعميد كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، والذي شَرُفَ الباحثُ أيضًا بقبوله مناقشة هذا البحث فكان تواجد سعادته فخرًا للباحث وللبحث، وتحمّل سعادته أيضًا متاعب السفر في مثل هذا الوقت، رغم انشغاله ومسئولياته، فلسيادته كل الشكر ومزيد التقدير والاحترام، وجزاه الله عن الباحث وعن البحث خير الجزاء، وبارك الله له في عمره وعمله.

والشكر موصول كذلك لكل من ساهم أو أعان على أن يخرج هذا العمل إلى النور، إلى والدي الذي علمني الصبر والمثابرة، وإلى والدتي نبعِ العطاءِ الدافق، والمحبةِ الخالصة، أسأل الله أن يطيل في عمريهما وأن يصلح أعمالهما وأن يرزقهما حسن الخاتمة وأن يوفقني إلى برهما، ويرزقني رضاهما، وإلى إخوتي جميعًا وأخص من بينهم أخي الحبيب باحث الدكتوراه بجامعة القاهرة / أشرف، وإلى زوجتي الحبيبة الصابرة، وإلى أبنائي الشموسِ التي تضيء فتنير حياتي، وتمنحني القوة على تحمل المصاعب والآلام، وأخص من بينهم ابنتي الحبيبةَ الغالية زهرة حياتي/ الشيماء والتي تاقت نفسُها كثيرًا أن تراني في هذا الموقف فالله أسأل أن يحفظها وإخوتها من كل سوء وأن يوفقهم في مستقبل حياتهم.

ثم الشكر كل الشكر إلى رجالٍ آخرين قدموا للباحثِ كلَّ عونٍ لا لشيءٍ سوى محبة العلم وخدمة طلابه ابتغاء وجه الله، لا يبتغون سوى رضا ربهم ومولاهم، وخدمةَ من يطلب مساعدتهم من منطلق قول حبيبنا ورسولنا الكريم:(والله في عون العبد .....)، إلى أخي الحبيب ورفيق الدرب سعادة الأستاذ الدكتور/ **عبد الله محمد عبد الظاهر** أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية جامعة أسيوط، والذي لم يألُ جهدًا، ولم يدّخر وسعًا، ولم يبخل بنصيحة إلا وبادر وقدّم فكان خيرَ معين، وليس هذا منه بمستغرب فهذه أخلاقه منذ كنا سويًّا في المرحلة الثانوية ثم الجامعية فله مني كل الشكر والتقدير والاعتراف بالجميل، وإلى سعادة الأستاذ الدكتور/ **حسن علام** أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية بأسوان، والذي كان خيرَ ناصح، ومرشد للباحث منذ اللبنات الأولى في هذا العمل ومن أول ما فكرت في خطة البحث، فكان سيادته الأب الحاني والأخ المعين والصديق الصدوق بسعةِ صدرٍ، وغزارةِ علمٍ، وصائبِ رأيٍ، فلسيادته كل الحب والتقدير والاحترام، وإلى سعادة الأستاذ الدكتور/ **أسامة فاروق مصطفى** أستاذ التربية الخاصة المساعد بكلية التربية جامعة عين شمس، والذي جاد على الباحث بالكثير من

وقته على الهاتف والبريد الالكتروني بل وفي بيته، ولم يبخل لا برأي ولا بفكرة ولا بكتب .... فكان سيادته خيرَ المعين أيضًا فله كل الشكر والتقدير، والشكر كذلك إلى الدكتور/ **مصطفى عبد المحسن الحديبي** مدرس الصحة النفسية بكلية التربية جامعة أسيوط، والذي جاد على الباحث بالكثير من الوقت رغم كثرة مشاغله ومسئولياته، ولم يبخل برأي ولا بنصيحة إلا وقدمها، فلسيادته كل الشكرِ وخالصِ التقدير.

ثم الشكر موصول لهؤلاء الأطفال عينة الدراسة ولوالديهم الذين تابعوا وواصلوا وأظهروا التعاون مع الباحث، ومعلميهم الذين جادوا بوقتهم ووقفوا إلى جانب الباحث ونصحوا فأخلصوا وأرشدوا فصدقوا، وللمشرف على قسم التوحد الذي بذل الكثير وعانى مع الباحث كثيرًا في تذليل الصعاب والمعوقات الإدارية حتى تمام التطبيق وبعد فترة المتابعة.

والشكر لكم جميعًا أيها الحضور الكرام، والشكر موصول كذلك لكل من حمل لي خيرًا أو ذكرني فدعا لي بخير، والحمد لله في الأولى والآخرة ،وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم.

الباحث/ أسامة لطفي عبد الحفيظ حمدان



بسم الله الرحمن الرحيم

كليـــة التربيـــة
قسم علم النفس

اسم الباحث: أسامة لطفي عبد الحفيظ حمدان.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين.

جهة الدراسة: كلية التربية، جامعة أسيوط.

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي قائم على النظرية السلوكية والتحقق من فاعليته في خفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (٤) أطفال من الذكور وتتراوح أعمارهم ما بين (٨–١٠) سنة من ذوي اضطراب التوحد ولديهم سلوك إيذاء الذات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

- مقياس جيليام (جيمس جيليام) التقديري لتشخيص اضطراب التوحد. ترجمة/ عادل عبد الله (٢٠٠٦).
- مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات). إعداد الباحث.
- البرنامج السلوكي المقترح. إعداد الباحث.

وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج المقترح في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة، وتم التحقق من فاعلية بقاء الأثر بعد انقضاء فترة المتابعة (ثلاثة شهور من التطبيق).

Abstract

Name: Osama Lotfy Abdulhafiz Hamdan.

Title: The effectiveness of behavioral counseling program to reduce self-injury behavior in a sample of children with autism.

Place of study: Faculty of Education- Assiut University

The study aimed to design a heuristic program based on the behavioral theory and knowing the effectiveness of it in reducing self-injury behavior for a sample of autistic children. The study sample consisted of four autistic children of male aged between 10-12 years old with self-injury behavior.

The following tools were used in the study:-

1- Gilliam Autism Rating Scale (GARS) Translated by Dr. Adel Abdullah(2006).

2- Self-injury aggressive behavior scale. (prepared by the researcher)

3- The proposed behavioral program. (prepared by the researcher)

The results showed that: the effectiveness of the proposed program in reducing self-injury behavior for the research sample of the autistic children and and checking the effect of it after the finishing of the following up period (two months after applying).

قوائم الدراسة

قائمة الموضوعات.

قائمة الجداول.

قائمة الأشكال.

قائمة الموضوعات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

الفصل الأول: مدخل الدراسة

أولًا: مقـــدمة الدراسة.

ثانيًا: مشـــكلة الدراسة.

ثالثًا: أهــداف الدراسة.

رابعًا: أهمـــية الدراسة.

خامسًا: مصطلحات الدراسة.

مدخل الدراسة

أولًا: مقدمة الدراسة:

{وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا}(سورة الإسراء ،٧٠)

تعد السنوات الأولى من حياة الطفل من أهم مراحل نموه إذ هي السنوات التي يتم فيها تشكيل شخصيته الإنسانية ووضع اللبنات الأولى لبنائها، ولا تعود نتائج الاهتمام بالأطفال في هذه المرحلة إلى الأطفال فحسب، بل تعود إلى المجتمع ككل على المدى البعيد، وتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم في مدى عنايتها بتربية الأطفال بمختلف فئاتها، ويتركز ذلك في مدى ما تقدمه من عناية واهتمام للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، لأن إهمال هذه الفئة يؤدى إلى تعرضهم للمزيد من المشكلات التي تضاعف إعاقتهم ومن هنا يلزم التدخل الإرشادي والعلاجي لمواجهة المشكلات التي تترتب على الإعاقة * (عادل عبد الله محمد:٢٠٠٢، ٣٦٩)

لقد امتنّ الله _ سبحانه _ على الإنسان بنعم لا تعد ولا تحصى، ومن أعظم هذه النعم وأجلها نعمة العقل، التي تميز بها الإنسان على سائر المخلوقات، ولحكمته _سبحانه _ فقد يصاب بعض الأفراد بأحد الاضطرابات التي تحيد بهذه الملكة عن التطور السويّ، فينحرف أداؤه الوظيفي في مستويات متباينة الشدة، تختلف بحسب نوع ومكان ودرجة الإصابة، وبالتالي تختلف مسميات هذه الاضطرابات، ومن هنا كانت الحاجة إلى التعرف على هذه الاضطرابات وخصائص كل منها، ومن بين هذه الاضطرابات ما يعرف باضطراب التوحد (Autism) وهو اضطراب نمائي مركب في الأطفال، غالبًا ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويتسم بوجود صفات مميزة تشمل خللًا نوعيًا في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وخللًا واضحًا في التواصل وفي النشاطات التخيلية، كما يشمل تحديدًا في الأنشطة والاهتمامات اليومية بشكل نمطيّ، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في التعامل مع الآخرين، وعدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط بهم (أحمد جوهر، ٢٠٠٠، ١٩)

ويعاني الأطفال التوحديون من هذه الإعاقة خلال مراحل الطفولة المبكرة، حيث لم يتم الوصول إلى أسباب حقيقية للتوحد حتى الآن، ولا للسلوكيات المصاحبة لذا فهي إعاقة تتميز بسلوكيات غريبة وشاذة تشبع حاجاته ولكنها تؤثر سلبًا على تفاعل الطفل الاجتماعي (لطفي الشربيني،٢٠٠٤، ١٠٣)

ولقد كان الطبيب النفسي Lew Kaner هو أول من اكتشف هذه الإعاقة أوائل الأربعينات (١٩٤٣م) عندما كتب مقالة يصف فيها أحد عشر مريضًا تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون

بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها وقد استخدم مصطلح التوحد الطفولي المبكر (Early Infantile Autism) وهذا ما ذكره كل من: عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٢، محمد خطاب، ٢٠٠٥، سوسن الحلبي، ٢٠٠٥، ماجد عمارة، ٢٠٠٥،

* يشير الرقم الأول إلى سنة الإصدار، بينما يشير الرقم الثاني إلى رقم الصفحة أو الصفحات.

ريتا جوردن، ستيوارت بيول، ٢٠٠٧)، وازداد اهتمام الأخصائي النفسي بيرنارد (Bernard Rimland,1965) باضطراب التوحد عندما كرس وقته لدراسة التوحد خصوصا أن طفله كان يعاني من هذه الإعاقة (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ١٠٣)

ولقد ظهرت أول إشارة لهذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الطبعة الرابعة (DSM4,1994)أن هذا الاضطراب اضطراب نمائي عام أو منتشر، له انعكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي لدرجة أن هناك شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معقدة (عادل عبد الله ، ٢٠٠٤، ٩٧)

وهنا تجدر الإشارة إلى ما أوردته الجمعية الأمريكية للتوحدAutism Society of America ASA إلى أن اضطراب التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري أو مرضي، ولا بأية ممارسات أسرية أو ثقافية، ولا توجد حدود اجتماعية أو حدود عرقية (تتعلق بالعنصر أو السلالة) تؤثر في احتمالية حدوثه، ولا يرتبط بدخل الأسرة ولا بفرص التعليم، مما أدى إلى رفض بعض النظريات السابقة التي ربطت حدوث الاضطراب ببعض الممارسات (Wing&Potter,2002,157)، فلقد كان يعتقد في السابق أن التوحد أكثر شيوعا في الطبقات الراقية ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وكان السبب في ذلك هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله للعلاج في الطبقات الفقيرة، بل الصحيح أن اضطراب التوحد يوجد في جميع أنحاء العالم، وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية، فهو من الحالات التي لا تعترف بالحدود الاجتماعية أو الاقتصادية فيتعرض لها على حد سواء الأسر الفقيرة، والغنية، والمثقفة، والأقل ثقافة(كوثر عسلية،٢٠٠٦، ١٦)،(خالد مطحنة، ٢٠٠٨، ٤٢)

وفي البيئة العربية فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب غير معروفة بشكل دقيق حيث إن الإحصاءات في هذا المجال يعتريها القصور وعدم الدقة، بسبب الخلط بين هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات الأخرى كالإعاقة الذهنية مثلًا وبالتالي يتم وضعهم في مدارس التربية الفكرية، وهو الأمر الذي يكون من شأنه عدم استفادتهم من تلك البرامج المقدمة لهم في مثل هذه المدارس، وأحيانًا نتيجة لعدم تحويل هؤلاء الأطفال للعلاج بسبب الفقر المادي، أو غلبة بعض الأعراف والتقاليد الاجتماعية في بعض الأوساط الاجتماعية، كما أن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة،

والأكثر من ذلك كله أن أفراد تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقليًا وبالتالي يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية (عادل عبد الله،٢٠٠٢، ٦١)

وهناك بعض المؤشرات التي تظهر على الطفل التوحدي منها:

- زيادة مفرطة في الإحساس بالمثيرات أو نقص في الإحساس بها (الملامسة، الرائحة، الإضاءة، الأصوات...)
- بكاء قبل النوم وعند الاستيقاظ.
- نوبات غضب وصراخ.
- ميول عدوانية تجاه الآخرين في بعض الحالات، وتجاه الذات في حالات أخرى.(كمال زيتون،٢٠٠٣، ٧٩)

والأجدر بالذكر هنا أن الطفل التوحدي تصعب إدارته بسبب سلوكياته المتمثلة في مقاومة التغيير، والسلوك الاستحواذي، والقهقهة دون سبب، والاستثارة الذاتية، وعدم إدراك المخاطر، والسلوك النمطي، وسلوك العزلة والمقاطعة، ونوبات الغضب، والسلوك العدواني، وإيذاء الذات (محمد كامل، ٢٠٠٣، ٨١)، بل إن هذا السلوك العدواني تجاه الذات يصبح خطيرًا إذا ما تكرر فقد يؤدي إلى إصابة في الأعضاء أو المخ وربما يؤدي أحيانا إلى الوفاة (رونالد كولا روسو، كولين أورورك،٢٠٠٣، ١٤٧)

ومن الملامح المميزة للأطفال ذوي اضطراب التوحد عدم النمو الطبيعي للدماغ وذلك في مجالات التفكير وبالتالي يؤثر هذا الاضطراب على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي، ويجعله يقوم بسلوكيات غير مرغوب فيها، فالطفل التوحدي يعاني من اضطرابات ونوبات غضب وسلوكيات عدوانية وإيذاء ذات، وتعتبر الاضطرابات السلوكية ومنها العدوان من أهم وأخطر المشكلات التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، بل وأثبتت الدراسات أن التوحديين أكثر عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقليًا، ويعتبر تعديل السلوك من الأساليب التي تستخدم بشكل أساسي لإكساب الأطفال ذوي اضطراب التوحد السلوكيات المناسبة المرغوب فيها (دعاء حمزة،٢٠١٣، ٧٤) والسلوك العدواني من حيث هو تجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة فإن تعديل السلوك يعتمد على ضبط المثير من حلال إزالة كل المثيرات التي ترتبط بتلك الاستجابات، وإزالة كل الاستجابات التي ترتبط بذلك المثير(جمال الخطيب، ٢٠١١، ٢٦)

وهذا هو ما حدا بالباحث للسير في هذه الدراسة لمحاولة التعرف على الأسباب، والمظاهر، وطرائق العلاج لما لهذا السلوك العدواني تجاه الذات من آثار سلبية: جسديّة، وصحيّة، ونفسيّة على الشخص التوحدي وعلى الأسرة أو في داخل صفه الدراسي ومستوى تقدمه الأكاديمي، وفي ضوء كل ما سبق، ومن خلال التعرف على الأسباب والمظاهر، تحاول

الدراسة الحالية تخفيف هذه المظاهر ومساعدة الطفل التوحدي على التوافق من خلال برنامج إرشادي سلوكي لخفض سلوك إيذاء الذات، والله من وراء القصد ونعم المعين.

ثانيًا: مشكلة الدراسة:

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية تعقيدًا وذلك لأنها تؤثر في على مظاهر النمو المختلفة للطفل وبالتالي تؤدي به إلى الانسحاب للداخل والانغلاق على الذات وهذا بدوره يضعف اتصال الطفل بعالمه المحيط به ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ونتيجة لذلك فهو يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به (محمد عوده، ٢٠١٥، ١١)

وقد نبعت مشكلة هذه الدراسة من خلال الزيارات الميدانية لبعض مجمعات التربية الخاصة والتأهيل وزيارة المكتبات، ومن نتائج الدراسات السابقة والتي أكدت على تنوع المشكلات والاضطرابات التي تتعلق بالطفل ذي اضطراب التوحد سواء كانت سلوكية أو انفعالية أو اجتماعية، حيث يتعرض الطفل التوحدي للعديد من المشكلات التي لا تجعله يعتمد على نفسه، ويحتاج إلى مساعدة الآخرين، وقد أوصت الدراسات بتصميم وإعداد البرامج التدريبية والعلاجية والإرشادية اللازمة للأطفال التوحديين بهدف تحسين مهاراتهم وقدراتهم حيث إن هذا التدريب له دور في إحداث تغيرات إيجابية في تنمية مهاراتهم ومن هذه الدراسات:Bainbridge& Myles:1999, Cicero:2000، وينظر إلى اضطراب التوحد على أنه إعاقة نمائية تتحدد أساسًا بثلاثة مظاهر أساسية تتمثل في صعوبات التواصل، والمشكلات السلوكية، والصعوبات الاجتماعية (لينا عمر،٢٠٠٧، ٥)، ويمثل اضطراب التوحد ثاني أكثر الإعاقات انتشارًا، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي، أما متلازمة داون فتأتي بعده مباشرة، وبالتالي فهذا الاضطراب لا يمكن تجاهله بحال من الأحوال كما في السابق (عادل عبد الله، ٢٠٠٨، ٢٥)

ويعرف التوحد بأنه إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك، وتأخر النمو، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط به بحيث يعيش منغلقًا على نفسه، يكاد لا يحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر، ويمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية ومحددة، ويأتون ببعض أنواع السلوك كالبكاء والصراخ المستمر وإيذاء الذات (لينا صديق،٢٠٠٧، ٨-٣٩)

وهو بحسب ما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية :(DSM-IV,1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي

(American Psychiatric Association) يتضمن ثلاثة خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، والقصور في اللغة والمحادثة، ووجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك، ويظهر الأطفال التوحديون سلوك إيذاء الذات أو العدوان لتوصيل رسالة معينة، فهي نتيجة لما يعانيه هؤلاء الأطفال من اضطرابات في التواصل، وهذا بدوره ناتج عن اضطرابات في تطور اللغة لديهم (Wilner,2001,96)، (Keen, 2003,53-64)، ولأن اضطراب التوحد يتضمن أوجه قصور حادة في نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والانفعالي والسلوكي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها(Kamio& Fshisaka,2004,116)، فإنه لايزال من أكثر الإعاقات صعوبة وشدة من حيث تأثيرها سواء على مستوى الطفل المصاب أو على مستوى الأسرة أو المجتمع ككل، ولا يزال المجهول عنه ربما أكثر كثيرًا مما نعرفه، خاصة فيما يتعلق بالعوامل المسببة له ومن ثم كيفية علاجه (فادي رفيق، ٢٠٠١، ١٠٣)

ويتميز الأطفال ذوو اضطراب التوحد بعدم القدرة على الانتماء للآخرين حسيًّا أو لغويًّا، وكذلك اضطراب الإدراك مما يؤدي بهم إلى عدم الفهم وعدم القدرة على الاتصال أو المشاركة في النشاطات الاجتماعية والسلوكيات غير المقبولة (نادية أبو السعود،٢٠٠٠، ٥٧)

وتمثل السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًّا وفي مقدمتها السلوك العدواني، والتي يأتي بها الأطفال التوحديون مشكلة كبيرة تعيق عملية تواصلهم مع المحيطين بهم وتصعب بالتالي عملية اندماجهم معهم، وقد قام عدد من الباحثين بتحليل وظائف السلوك غير المقبول لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتم التوصل إلى أنها ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في التواصل مع الآخرين، ويظهرون نمطًا مضطربًا من تطور الاتصال يتضمن خللًا في التواصل غير اللفظي وقد يرجع ذلك إلى أنهم يجدون صعوبة في تفسير الرسائل غير اللفظية، وكثيرا ما يظهر الطفل ذو اضطراب التوحد على أنه غير متعاون وغير قادر على الاستجابة ويصدر منه سلوكيات سلبية (كوهين، وبولتون،٩٣،٢٠٠٠)، (Siegel,2003,248)،(Olney,2002,53)، وهذه الاضطرابات في التواصل اللفظي، وغير اللفظي وعد القدرة على تفسير الرسائل تؤدي بهم إلى الإتيان باستجابات غير مناسبة، وبسلوكيات غير مقبولة، ويعد السلوك العدواني Aggressive behavioral وسلوك إيذاء الذات self- injury behavior من سلوكيات الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي ، ومن مظاهره قيام التوحدي بخبط الرأس في الحائط بقوة، أو شد أذنه، أو عض وخربشة نفسه، أو قضم الكتف، أو عض الأصابع، أو الارتماء على الأرض، وضرب الرأس بها، وتصبح هذه التصرفات خطيرة حين تتكرر مما قد يؤدي إلى احتمالات إصابة في الأعضاء أو المخ وربما تؤدي إلى الوفاة. وهذا ما أكد عليه كل من: لويس مليكة ١٩٩٠، عائشة السويدي،٢٠٠٠، Gazzaniga & Heatherton, 2002، رونالد كولا روسو، كولين أورورك، ٢٠٠٣، حمدي شاكر ٢٠٠٥.

وأوضحت كثير من الدراسات: أن التوحديين يعيشون في عزلة عاطفية ويظهرون عدم التجاوب مع والديهم عند حملهم أو ضمهم أو تقبيلهم أو المداعبة، فلا اهتمام بحضور الوالدين أو غيابهما وفي كثير من الأحيان يبدو الطفل ذو اضطراب التوحد وكأنه لا يعرف أيًا من والديه، وإن أهم ما يميزه هو الاندماج في سلوك نمطي متكرر لفترات طويلة يؤدي فيه حركات معينة كهز رجليه أو جسمه أو الدوران حول نفسه، وقد يتملكه الغضب ويندفع إلى الصراخ والبكاء وإلى السلوك العدواني وإيذاء الذات، فهم يعانون من كثير من المشكلات السلوكية غير المرغوب فيها كالعدوان المتمثل في العدوان الصريح واللفظي والسلوك الفوضوي وعدم القدرة على ضبط الذات، وإيذاء الذات، وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات (لينا عمر بن صديق،٢٠٠٧،٧)، (دعاء حمزة، ٢٠١٣، ٧٥)

ومن هذه المشكلات السلوكية التي يعاني منها ذوو اضطراب التوحد سلوك إيذاء الذات ومن مظاهره العض والضرب والحك وغيرها من المحاولات المؤذية للذات، أو حتى الآخرين وأحيانًا يؤدي الإحباط بالطفل إلى الصراخ الشديد والهيجان والغضب والعدوان أو إيذاء الذات، حيث توصلت دراسة في السويد أجراها جليبرج وبيرسون والستروم (Gillberg ,Parson, & Wahlstrom ,1986) إلى أن خمسة أفراد من كل عشرة من أفراد العينة أظهروا سلوك إيذاء الذات أي ما نسبته ٥٠ % ، كما أظهرت دراسة في اليابان قام بها اندو ويوشيمورا (Ando ,yoshimora,1997) أن الأطفال التوحديين يظهرون بشكل ملحوظ سلوك إيذاء الذات بنسبة ٩٣ % من مجموع العينة . (Koegel, Camarata& koegel,1995)، بينما توصلت دراسة Duerden et al.,2012,246 إلى أن ٥٢.٣% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم سلوك إيذاء الذات من أصل عينة الدراسة البالغ عددها (٢٤١) طفلًا، وأن المعالجة الحسية الظاهرة تعد من أقوى المنبئات بسلوك إيذاء الذات، يليها الروتين، والقصور في القدرات المعرفية والوظائف الاجتماعية، وتوصلت دراسة (Mazurek, et al, 2013,45) إلى أن مشكلة العدوان تنتشر لدى ذوي اضطراب التوحد بنسبة ٥٣% من أصل عينة الدراسة البالغ عددها(١٥٨٤) طفلًا ممن يعانون من اضطراب التوحد، ووجدت الدراسة ارتباطًا ذا دلالة إحصائية بين العدوان وكل من إيذاء الذات ومشكلات النوم والمشكلات الحسية ومشكلات الجهاز الهضمي، وبالتالي فإنه إذ لم توضع الضوابط لحماية الطفل جسديًا، أو إذ لم تتخذ أساليب وإجراءات التدخل الفعال، فإن احتمالات الخطر تتزايد فيكون عرضة بشكل مستمر لأن يشوه وجهه أو يصاب بالعجز أو يقتل نفسه.(سحر ربيع، ٢٠٠٩،٥٢)، وكذلك دراسة (2002) Marrisn ، ودراسة (2002) Richard,& Matthaw

وللتغلب على الصعوبات التي يعاني منها الطفل التوحدي لابد من وجود وسائل بديلة، فمحاولات التدخل المبكر بالبرامج العلاجية يمكن أن تمدهم وتساعدهم على تعلم وسائل بديلة للتواصل، والتعبير عن الاستجابات للمواقف، كما تساعدهم على تعلم بعض المهارات الاجتماعية وأنماط السلوك المقبول (سهى نصر، ٢٠٠١)، ولقد اتفقت الدراسات

مثل:(Gillson,2000)،(Green,2002) على أن الأطفال التوحديين بحاجة إلى بناء المزيد من البرامج التربوية والعلاجية التي تساعدهم على التفاعل في البيئة التي يعيشون فيها (عادل عبد الله، ٢٠٠٢، ٧٢)

ولذلك انتشرت البرامج التربوية عالميًّا لتنمية التواصل والمهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد مثل LOVAAS، وبرنامج TEACH ، ونظرًا لعدم وجود أسباب محددة يمكن الإشارة إليها بأنها السبب الواضح للإصابة باضطراب التوحد تنوعت البرامج التربوية المستخدمة مع هؤلاء الأطفال، ومن هذه البرامج والأساليب التربوية التدخل الطبي، والبيئي، والتحليل النفسي، والعلاج بالحياة اليومية، والأسلوب السلوكي وهذا ما ينطلق منه البحث الحالي في خفض حدة واحد من الاضطرابات السلوكية وهو إيذاء الذات من خلال استخدام بعض فنيات تعديل السلوك، فإن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال ذوي اضطراب التوحد في الوقت الراهن تعتمد على إجراءات تعديل السلوك، ومن خلال استخدام المعززات التي تعمل كمدعمات للسلوك، وتعتبر هذه من أفضل الطرق التي أثبتت فاعلية كبيرة في التعامل مع الأطفال التوحديين ومحاولة تأهيلهم وعلاجهم، وقد أوضحت غير دراسة مثل:(Dunlap &Fox,(1999 بأن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنويع المكافآت وتغييرها يجعل للتعزيز أثرًا طيبًا في سلوك الطفل ذي اضطراب التوحد، ولذلك يثل التعزيز عنصرًا أساسيًّا في ثبات الاستجابة الصحيحة، ومحاولة استمرارها(عبد الله القحطاني، ٢٠١٤، ٩، ٩٧)، فعن طريق التدخل السلوكي من خلال عمليات تعديل السلوك يمكن إمداد الطفل ذي اضطراب التوحد بمهارات سلوكية جديدة تكون مقبولة اجتماعيًّا وتقلل من الصعوبات التي يواجهها، ويمكن بواسطتها كذلك سحب أو إيقاف السلوك المضطرب والذي يؤثر على عمليات النمو لديه، وتحسن لديه الجوانب الاجتماعية والتواصلية والمعرفية (نجود المنيف، ٢٠١٤، ٨٥)

ويعتمد الأسلوب السلوكي Behavioral Approach على مبادئ التعلم الاشتراطية ويسعى إلى التعامل مع الأعراض السلوكية الظاهرة، وزيادة السلوكيات المرغوبة عن طريق تعزيزها، ومحو أو إطفاء السلوك غير المرغوب عن طريق أساليب تعديل السلوك (سعيد العزة، ٢٠٠٢، ١٨٩)، وما دام أن تعديل السلوك هو أهم الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها النماذج التربوية والعلاجية المختلفة فلابد وأن يتضمن ما يلي:

- إكساب الأطفال المهارات المرغوبة التي تساعدهم على ممارسة السلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة.
- تدعيم وتقوية بعض المهارات الموجودة لدى الأطفال والتي تتصف بالضعف أو عدم الفاعلية.
- الحد من السلوكيات غير المناسبة التي تصدر من الأطفال في المواقف المختلفة.

- تدعيم التفاعل الاجتماعي من خلال الأنشطة الجماعية المناسبة داخل الصف وخارجه. (مبارك الذروة، ٢٠٠٧، ٦١)

وجدير بالذكر أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية لا على انطباعات ذاتية، كما

أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين بل على العكس من ذلك يشرك الوالدين في عملية العلاج النفسي، كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٠، ٩٥)

فلا يقتصر تقديم البرامج السلوكية على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقط، وإنما يمكن للمعلمين والآباء والاختصاصيين الاجتماعيين استخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدريب عليها بشرط أن الهدف واضحًا أمام هؤلاء وهو إعادة هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية.

وبالتالي يمكن صياغة مشكلة الدراسة في:

١. ما مدى فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض مظاهر إيذاء الذات عند الأطفال التوحديين؟
٢. هل هناك فروق بين متوسطات درجات الأطفال التوحديين الذين طبق عليهم البرنامج (في القياس القبلي والقياس البعدي) لصالح القياس البعدي؟
٣. هل تستمر فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي بعد فترة المتابعة (ثلاثة شهور مثلًا).

ثالثًا: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١- التعرف على التطور التاريخي لاضطراب التوحد والنظريات المفسرة له.

٢- توضيح معنى إيذاء الذات، والتعرف على مظاهره، وآثاره على الشخصية، والنظريات المفسرة له، وطرق الإرشاد والعلاج.

٣- تصميم برنامج إرشادي لخفض سلوك إيذاء الذات لدى أفراد العينة، والتحقق من فاعليته.

٤- مساعدة الأطفال التوحديين وأسرهم لتحقيق قدر أكبر من التفاعل والتوافق النفسي والاجتماعي.

رابعًا: أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أنها تتناول فئة من الأطفال في مراحل سنهم الأولى وهي من أهم المراحل العمرية في حياة الإنسان (الطفولة)، أضف إلى ذلك أن هؤلاء الأطفال يمرون بظروف ومشكلات نفسية وانفعالية وسلوكية وعقلية، وكثير منهم يعجزون حتى عن القيام ببعض الأنشطة الشخصية ومهارات العناية بالذات مثلاً أو التواصل مع الآخرين مما يؤثر على التفاعل الصحيح داخل الجماعة في داخل الأسرة أو المؤسسة التعليمية، ولأهمية هذه الدراسة جانبان:

أولاً: الأهمية النظرية:

- هذه الدراسة بما تقدمه من جانب نظري فهي تضيف إلى الأدبيات التي كتبت في هذا الموضوع مما يزيدنا (الوالدين، والمعلمين، والباحثين والمهتمين....) معرفة بالمشكلة ومظاهرها وتشخيصها وطرق الإرشاد والعلاج وإثراء البحث العلمي.
- تنمية مهارات الطفل تساعد على تكيفه بصورة أكثر فعالية مع البيئة المحيطة وبالتالي تساعده بشكل كبير في الاعتماد على ذاته والعناية بنفسه.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية:

من خلال البرنامج المقترح واستخدام طرائق الإرشاد السلوكي الحديث وتطبيق بعض فنياته في تعديل السلوك ومعرفة فاعلية هذه الفنيات تفيد الدراسة الحالية:

- الأسر في الوعي بطبيعة الاضطراب ومساعدتهم على تطوير أساليب مبسطة للتعامل مع الطفل بصورة أكثر فاعلية، وتوجيهه الوجهة الصحيحة،
- المعلمين في التربية الخاصة (معلمي الأطفال التوحديين) في التعامل مع الأطفال التوحديين وتقديم البرامج المفيدة لهم.
- الباحثين في المجال والمهتمين والمرشدين النفسيين لتصميم البرامج الإرشادية والعلاجية سواء المقدمة للأطفال التوحديين أو المقدمة إلى أولياء الأمور أو الأمهات.

خامسًا: مصطلحات الدراسة:

١- التوحد: Autism:

من خلال استعراض جملة من التعريفات المختلفة التي وردت في التوحد يحاول الباحث تعريف التوحد إجرائياً في بحثه وقياسه بالأداة المستخدمة في البحث الحالي على أنه اضطراب عقلي ينتج عنه قصور في القدرة على التواصل، وتكوين علاقات مع الآخرين، ويتسم بسلوكيات اجتماعية غير ملائمة تظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل حيث ينغلق الطفل على ذاته ويبدي استجابات سلوكية غير ملائمة للمثيرات الحسية ينتج عنها إثارة ذاتية عدوانية لإيذاء الذات مع الإصرار على الروتين وعدم تقبل التغير.

٢- إيذاء الذات :Self-injurious

يعرف سلوك إيذاء الذات بأنه سلوكيات دالة على التحدي من خلال الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها الطفل مثل تشبيك الأيدي وثنيهما، وضرب الرأس في الحائط، وقد يبدي الطفل سلوكيات عدوانية وعنيفة أ يجرح نفسه ويؤذيها، وتنتابه نوبات البكاء والغضب المستمر دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك.

يأخذ الباحث برأي جمال الخطيب في أن سلوك إيذاء الذات أحد أهم المظاهر السلوكية إزعاجًا وخطورة لدى الأشخاص المعوقين وبخاصة منهم المتخلفين عقليًا والذين يعانون من حالة التوحد وهو يشير إلى استجابات حركية مختلفة تنتهي بالإيذاء أو التلف الجسدي للشخص الذي تصدر عنه. (جمال الخطيب ٢٠٠٣،٢٠٦)

٣- الإرشاد السلوكي Behavior guiding

هو عملية مخططة ومنظمة تهدف إلى مساعدة المسترشد لكي يفهم ذاته ويعرف قدراته وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته ليصل إلى تحقيق توافقه النفسي، والاجتماعي، والتربوي، والمهني، وإلى تحقيق أهدافه في إطار تعاليم الدين وقيم المجتمع.

٤- البرنامج الإرشادي السلوكي Behavioral Counseling program:

البرنامج الإرشادي: هو مجموعة من الإجراءات المنظمة والمخطط لها في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمة الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديًّا أو جماعيًّا لجميع من تضمهم المؤسسة حتى يستطيعوا حل المشكلات التي تواجههم بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو (فهدة عبد العزيز، ٢٠٠٩، ٩)

ويعبر عن برنامج الدراسة المطبق بأنه عملية منظمة تستند على مبادئ، وفنيات العلاج السلوكي، ويتضمن مجموعة من المواقف التعلمية، وتقاس فاعلية البرنامج السلوكي إجرائيًا بدرجة التحسن على الأبعاد المطبقة من مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه إلى الذات لدى الأطفال التوحديين والتي تكشف عنها المتوسطات البعدية بعد مقارنتها بالمتوسطات القبلية.

الفصل الثانـي: الإطار النظري للدراسة

عنص لائحتطكخؤز ب.

أولًا: الإرشاد السلوكي.

ثانيًا: التوحد.

ثالثًا: إيذاء الذات.

أولاً: الإرشاد السلوكي Behavioral Counseling:

ظهر مفهوم علم النفس الإرشادي في فترة متقدمة من القرن العشرين وتطور هذا المفهوم بمرور الوقت حتى أصبح ينظر إليه على أنه علم وفن وممارسة، يهدف إلى تيسير تفاعل الإنسان مع البيئة ضمن ثلاثة أدوار هي: الإرشاد الوقائي، والإرشاد التنموي، والإرشاد العلاجي (خولة يحيى، ٢٠٠٨، ٩٨)

وتعد النظرية السلوكية من أنجح النظريات في التعامل مع المعاقين بشكل عام، حيث يرى أصحابها أن الإعاقة تمثل ذلك السلوك المحدود أو الأداء الضعيف بسبب الخطأ في التعلم السابق للشخص أو النقص في التعلم، حيث إن الاهتمام الرئيس للنظرية السلوكية هو السلوك: كيف يتعلم وكيف يتغير في نفس الوقت، ولذا يستخدم العلاج السلوكي بشكل كبير جدا مع جميع فئات التربية الخاصة، وأثبت فاعلية في تحسين المهارات السلوكية والاجتماعية والمهنية والمهارية (ناصر القحطاني، ٢٠١١،٤٤)

وهناك اتفاق بين الباحثين على عدم وجود فرق واضح بين الإرشاد والعلاج النفسي فالعلاج النفسي يقصد به التغلب على المشكلات الانفعالية، ومعاونة الأشخاص للسير قدمًا في تحقيق التوافق، كما أن الإرشاد النفسي يستهدف مساعدة الأفراد للتغلب على المشكلات التي تعترض نموهم الشخصي مع إتاحة الفرصة لتنمية الإمكانات الشخصية اللازمة، كما يختص بالمشكلات والأدوار الاجتماعية (باتيرسون،١٩٩٥، ٢٢٩)

فالإرشاد النفسي وكما جاء عن الجمعية الأمريكية للإرشاد APGA,1980 هو تطبيق لوسائل وأدوات الإرشاد النفسي في الميادين المرتبطة بالعلوم السلوكية بهدف المساعدة في حل المشكلات واتخاذ القرارات سواء الأسرية أو المهنية أو الشخصية (عادل الأشول، ١٩٩٢، ٩٨٨)

فهو إذن عملية منظمة ومخططة في ضوء أسس عملية لتقديم الخدمات العلاجية والإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فرديًا أو جماعيًا بهدف المساعدة في تحقيق النمو السوي لدى المسترشد. (حامد زهران، ١٩٩٨،٤٩)، والهدف

الأسمى من الإرشاد هو مساعدة الفرد على كسر الأنماط السلوكية القديمة واكتساب أنماط سلوكية جديدة (علاء كفافي، ١٩٩٩،٢٣)

وقد عرف الإرشاد النفسي بأنه: المساعدة المقدمة من خلال ذي صفة مهنية لآخر يمر بأزمة ليستطيع فهم نفسه ويحل مشكلاته ويتخذ القرارات المناسبة حتى يصل به إلى التوافق (فهدة عبد العزيز بن فهد، ٢٠٠٩، ١٤)

ويعرف الإرشاد أيضًا بأنه مجموع الخدمات التي يقدمها أخصائيو علم النفس الإرشادي لتيسير السلوك الفعال للإنسان خلال عمليات نموه على امتداد حياته كلها مع التأكيد على الجوانب الإيجابية للنمو والتوافق في إطار مفهوم النمو (خولة يحيى، ٢٠٠٣، ٦٤)

ومما سبق يعرف الباحث الإرشاد على أنه تلك العملية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على اكتشاف نفسه وقدراته واستعداداته وأن يعدل من سلوكه طبقًا لذلك بما يحقق له التكيف والسعادة والصحة النفسية وبما يمكنه من حل المشكلات التي تواجهه عن طريق بعض الأساليب والفنيات المختلفة.

مفهوم الإرشاد السلوكي:

يقوم الإرشاد السلوكي على أساس نظريات التعلم بصفة عامة، والتعلم الشرطي بصفة خاصة، ويستند إلى أطر النظريات التي وضعها بافلوف ١٩٢٧م، وواطسون ١٩٢٠م في التعلم الشرطي، ويستفيد من نظريات ثورنديك ١٩١١م، هل Hull, 1943، وسكنر ١٩٣٨ في التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع استخدام التعزيز السالب والموجب (حامد زهران، ١٩٨٠، ٣٣٦)

ويقوم الإرشاد السلوكي على نماذج أساسية هي:

التعلم عن طريق الملاحظة:

وهو التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة الأداء من شخص آخر.

نموذج الاشتراط الكلاسيكي:

وهو يركز على استبدال المنبهات القديمة بمنبهات تثير سلوكًا جديدًا، أو إلحاق منبهات جديدة باستجابات متوفرة.

نموذج الاشتراط الإجرائي:

ويركز على دور المعززات في تغيير قوة استجابة سابقة، ويتحقق تعديل السلوك عن طريق إما تغيير مباشر في عواقب السلوك، أو عن طريق أساليب أخرى تخضع للسلوك لضبط منبهات سبق أن تعامل معها المسترشد وهي مرتبطة بعواقب تعزيزية محددة.

نموذج التنظيم الذاتي:

وهو يشير إلى الطريقة التي أمكن من خلالها أن يغير الفرد من سلوكه ذاتيًّا بحيث يتواءم مع معايير سبق له أن حددها بنفسه، والإرشاد السلوكي يشير إلى الأسلوب العلاجي الذي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي ن وهو محاولة لحل المشكلات بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد (حامد زهران،١٩٩٧،٢٣٧)

أهداف الإرشاد النفسي:

للإرشاد النفسي دور هام في تحقيق التوافق النفسي بأبعاده المختلفة، وفي تحقيق الصحة النفسية للفرد من خلال تنمية مهاراته، وتعديل سلوكه، وإكسابه القدرة على تحسين علاقاته واتخاذ القرارات.

ويهدف الإرشاد النفسي إلى:

١- تحقيق الصحة النفسية Health Mental :

إن المعاناة من هذا القلق الذي لا يقترن بالحلول الإيجابية للمشكلات قد يؤدي في كثير من الحالات إلى المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والعزلة أو المخاوف المرضية أو أشكال من العصاب. وهذه تؤثر سلبياً على السلوك الفردي. وأن الإرشاد النفسي يرمي إلى تبصير الفرد بالمشكلات التي يواجهها والإمكانات المتوافرة لحلها. وهذا يساعد الفرد على إيجاد الحل الملائم الذي يساعد الفرد على التمتع بالصحة النفسية .

٢-تحقيق الذات actualization-Self :

يؤكد روجرز أنه من أهم الدوافع التي تحفظ للمرء صحته النفسية. وكلما أمكن للفرد أن يحقق ذاته كلما أمكن تخليصه من القلق. وأن دور المرشد النفسي ومراكز الإرشاد النفسي هو أن تحاول مساعدة الفرد على تحقيق الذات دون صعوبات ويقتضي ذلك من المرشد النفسي أن يحاول مساعدة الفرد على تنمية مفهوم إيجابي للذات بحيث يتطابق فيه

مفهوم الفرد الواقعي عن ذاته مع المفهوم المثالي للذات لأن أكثر ما يعوق تحقيق الذات لدى الفرد هو نمو مفهوم سلبي للذات

حيث لا يتطابق فيه مفهوم الفرد الواقعي عن ذاته مع المفهوم المثالي للذات الذي يتمنى الفرد أن يكون لديه .

٣-تحقيق التوافق Adjustment :

أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة، ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يلي :

– تحقيق التوافق الشخصي، التوافق التربوي، التوافق الاجتماعي (سمية طه، ٢٠٠٥، ٩٢)

–الإرشاد يهدف إلى تنمية الاستبصار لدى المسترشد من خلال التفسير مما يؤدي إلى التقدم في العلاج بخطوات أسرع، ومساعدته في اكتشاف أفكاره ومشاعره وسلوكياته من أجل فهم أعمق للنفس (قاسم الصراف، ١٩٨٤، ١٣٢، باتيرسون، ١٩٩٢، ١٥٠)

<u>نظريات الإرشاد النفسي:</u> للمرشد النفسي أن يأخذ بنظرية واحدة ويعمل في ضوئها، وقد يأخذ عددًا من النظريات باعتبار أنه لا توجد نظرية واحدة شاملة متكاملة في فهم وتفسير الظاهر النفسية والسلوك البشري بشكل قاطع (حامد زهران، ١٩٨٠، ٧٩)

١- <u>نظرة التحليل النفسي Psychoanalytic theory</u>

يرى فرويد مؤسس النظرية أن الدافع الرئيس عند البشر هو إشباع الحاجات الجسدية فالإنسان عنده مخلوق يبحث عن اللذة وتدفعه نفس الغرائز التي تدفع الحيوانات، ويهدف التحليل النفسي إلى:

- تحديد الرغبات الصحية.
- تقوية الأنا القائم على الواقع بما في ذلك إدراكات الأنا، ليوافق على المزيد من الهو.
- تبديل محتويات الأنا الأعلى بحيث يمثل معايير خلقية (سهير أحمد، ١٩٨٨، ٣٨٨)

ومن أهم الفنيات التي يستخدمها التحليل النفسي الذي أسسه فرويد والتابعين له فنيات: التداعي الحر، وتحليل المقاومة، وتحليل التحويل وتحليل الأحلام، إلا أن هناك جدل كبير حول التحليل النفسي، فبعضهم يخرجها من إطار الإرشاد النفسي لأن:

- أبحاثها حول المرضى النفسيين وليس الأسوياء الذين هم موضع اهتمام الإرشاد النفسي.
- عملية شاقة ومكلفة في الوقت والجهد والمال، ويحتاج المعالج إلى خبرة واسعة وتدريب عملي طويل.
- التركيز على العوامل البيولوجية خاصة الجنس.
- النظرة الجبرية والتشاؤمية للسلوك، فالإنسان توجهه غريزتان هما: الجنس، والعدوان.
- ابتعاد النظرية عن البنية العلمية المفترضة، فلم يبنِ فرويد استنتاجاته على أساس إمبريقي.
- ينظر فرويد للإنسان على أنه حيوان غريزي في حاجاته ومتطلباته ومن هنا اعتبره شريرًا وقبيحًا.

٢- نظرية الذاتSelf – Theory :

صاحب هذه النظرية هو كارل روجرز، ويعتقد أن الذات هي جوهر الشخصية الإنسانية، وتنتمي نظرية الذات للاتجاه الإنساني في العلاج، الذي تم تأسيسه على افتراض أن الإنسان يتمتع بفطرة جيدة (حسنة)، وأن مفهوم الذات حجر الزاوية الذي ينظم السلوك الإنساني ويؤكد على العلاج المتمركز حول المسترشد (ولسون وآخرون (Wilson,et.al, 1996. 580:

وتشير هذه النظرية إلى أن سلوك الفرد يتفق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية السائدة وعندما يحدث تعارض بينهما فإن ذلك يؤدي إلى عدم التوافق النفسي، والذي يلزم بالضرورة محاولة تعديل السلوك. ويلاحظ أن أفضل وسيلة لإحداث التغيير هي أن نبدأ أولاً بتغيير مفهوم الذات، وهذا ما يحاول المرشد النفسي إجراءه في طريقة الإرشاد المتركز حول الشخص (الذات)، وفيه يضع العميل مفهومه عن ذاته كموضوع رئيسي للمناقشة بحيث تؤدي عملية الإرشاد إلى فهم واقعي للذات وإلى زيادة التطابق بين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي (حامد زهران،١٩٨٠، ٨٥-٨٨)

ويتأثر مفهوم الذات بخبرات الفرد المباشرة وقيم الآباء وأهدافهم، وفكرة المرء عن نفسه متعلمة وهي ارتقائية تبدأ منذ الميلاد وتتمايز بالتدريج خلال مرحلتي الطفولة

والمراهقة، وهناك ثلاثة مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه:

أ–قيم الآباء وأهدافهم والتصورات التي يوجهها الفرد للمجتمع المحيط به .

ب–خبرات الفرد المباشرة.

جـ–التصورات التي تكون الصورة المثالية التي ترغب أن تكون عليها .

ويركز روجرز على مشاعر العملاء واتجاهاتهم نحو الذات ونحو الآخرين من الناس، وتعتبر أن الشخص هو مركز العلاج، ومن ثم يقوم بتقييم الشخصية من خلال التركيز على الخبرات الموضوعية. وتكون تعليمات المعالج متعلقة بالتعبيرات المدركة لدى المسترشد (شولتز وشولتز Schultz & Schultz، ٢٠٠١، ٢٣٥)

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى نظرية الذات منها :

– أن النظرية لم تضع تصوراً كاملاً لطبيعة الإنسان. وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات .

– يؤكد روجرز أن الفرد يعيش في عالمه الذاتي الخاص ويكون سلوكه تبعًا لإدراكه الذاتي ونسي أن يشير إلى الموضوعية، كما أنه ركز علي الجوانب الشعورية وتناسي الجوانب غير الشعورية.

– لم يهتم روجرز بالاختبارات والمقاييس إلا عندما يرغب العميل متناسيًا أن جمع المعلومات أمر هام للمرشد .

–يرى روجرز أن الفرد له وحدة الحق في تحقيق أهدافه وتقرير مصيره ولكن نسي أن الفرد ليس له الحق في السلوك الخاطئ .

– لم يوضح لنا روجرز إمكانية تحقيق ما قام باقتراحه بطريقة أكثر دقة من الناحية النفسية (Schultz & Schultz,2001,340)

–انتقد أدلر روجرز حيث يرى أن مساعدة الطاقات الداخلية للوصول إلى تحقيق الذات تعد مرغوبة فقط إذا كانت المستويات العميقة في الشخصية سوية وبناءة .

– العلاج أو الإرشاد المتمركز حول الشخص غير محدد في المدة، وهذا يجعله ممتدًا أحيانًا لفترة طويلة مما يقلل من استخدامه في مجالات الإرشاد التي يكون الوقت فيها عاملًا هاما.

– يركز روجرز بشكل زائد على شروط العلاقة وفلسفة المرشد واتجاهاته، ولا يعطي أي أهمية للأساليب والطرق الفنية للإرشاد والعلاج .

– ليس هناك تقويم لنتائج الإرشاد أو العلاج، وإنما يتوقع المرشد أن طريقته تعمل من واقع انفتاح المسترشد علي خبراته وعلى ذاته في الإرشاد .

–لا يتفق العديد من المعالجين النفسيين حول الأهمية المطلقة للأصالة، والتعاطف، والاعتبار الإيجابي غير المشروط (محمد الشناوي، ١٩٩٨، ٣٠٤، ٤٢٨).

٣–نظرية الجشتالت: theory Gestalt

يعتبر فريدريك بيرلز Frederick Perls هو المؤسس الأول للعلاج الجشتالتى، والعلاج الجشتالتي هو أحد أنواع العلاج الجماعي، وكلمة جشتالت Gestalt هي كلمة ألمانية تعني الكل Whole، وهي مصطلح طبيعي عند النظر إلى الكمال أو التمام Wholeness أو الإغلاق Closur في عدد من الأشياء (Wilson, et al, 1996,614)

والعلاج الجشتالتي: طريقة تركز على مساعدة المريض علي زيادة وعيه بذاته، وبالمجال الذي يعيش فيه، فيحقق ذاته ويستقر توازنه النفسي، والهدف الأساسي في نظرية الجشتالت هو مساعدة العميل علي النمو والنضج، وذلك بإيجاد الطرق والوسائل التي تساعده على النمو وتساعد على تطوير إمكانياته حتى يستطيع التوصل إلى أهدافه الخاصة، والتوصل إلى الهدف العام والخاص يكون بإيجاد التكامل في بناء شخصية العميل عن طريق تغيير نظرته الخاصة إلى الحياة ونظرته إلى المستقبل. بالإضافة إلى عدم الخوف أو الحياء من التعبير عن النفس والتحدث بما يشعر (محمود عبد الله، ١٩٨٦، ١٩٥)

يرى بيرلز Perls أن العدوان لا يمثل غريزة ولا طاقة رغم أنه وظيفة بيولوجية،

وهو الوسيلة التي يتصل بها الكائن مع بيئته لإشباع حاجاته، لمواجهة المقارنة التي تقف في طريق إشباعه لهذه

الحاجات. فليست وظيفة العدوان هي التدمير، وإنما التغلب على المقاومة، وبذلك يمكن استخدامه في الإشباع، مثل قضم ومضغ الطعام لإشباع حاجة الجوع ويرى بيرلز أن الجنس البشرى يعاني من العدوان المقموع، وإعادة تكوين الوظيفة البيولوجية للعدوان هي الحل لمشكلة العدوان، ويمكن أن يتم ذلك من خلال الإعلاء في صورة رياضات عنيفة أو أعمال يدوية (محمد الشناوي، ١٩٩٨، ٣١٥)

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى هذه النظرية منها :

- أن التعبيرات التي استعملت في هذه النظرية تعتبر خصوصية، حيث نجد الكثير من هذه التعبيرات يجب أن تفهم بطريقة جيدة حتى يتسنى لمستعملها استخدام هذه النظرية .

- يوجد القليل جدًّا من الاتجاهات التي أثبتت فعالية هذه النظرية. (محمود عبد الله، ١٩٨٦، ١٩٦)

- أن درجة التفاعل الاجتماعي بين المعالج والمريض أو أعضاء الجماعة الإرشادية محدودة، فهم أشبه بالمتفرجين .

- عدم وضع قوانين محددة تلخص النظرية .

- عدم إمكان التنبؤ بالسلوك في ضوء النظرية.

- أن الخبرة الحسية المتاحة في الموقف العلاجي محدودة بالقياس إلي خبرة الحياة على اتساعها (إجلال سرى، ١٩٩٠، ٢١٠)

-إهمال التاريخ الماضي للفرد، علي أساس أن السلوك يعتمد علي الحاضر أكثر من اعتماده علي الماضي.

-هذه النظرية تعمل علي زيادة وعي الفرد بذاته واستبصاره لقدراته ومن ثم اتخاذ قراراته بنفسه.

٤-النظرية السلوكية :theory Behavioral

أثبت سكنر Skinner وهو مؤسس النظرية السلوكية أننا يمكن أن نكتسب جزءًا كبيرًا من سلوكنا، ومن خلال الآثار التي يتركها هذا السلوك على البيئة. ومن هنا يسمى سكنر نظريته باسم التشريط الفعال، للإشارة إلى أنه يمكن تقوية جوانب معينة من السلوك إذا ما أعقبناها بالتدعيم (عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٢٨٦)

ويعتبر الاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هو كيف يتعلم الإنسان السلوك، وكيف يتغير، وكيف يعاد تعديله وبناؤه، ويركز الإرشاد النفسي في هذه النظرية على تعزيز السلوك السوي المتوافق، ومساعدة العميل في تعلم سلوك جديد مقبول، والتخلص من المواقف والخبرات غير المرغوبة (حامد زهران، ١٩٨٠، ٢٢٣)

وتركز هذه النظرية على عدة أسس منها :

– النظر إلى المرض النفسي والاضطرابات بصفته سلوكًا شاذًا ومكتسبًا يمكن تعديله (إجلال سري، ١٩٩٠، ١٢٨)

– يعد وصف سكنر للسلوك الإنساني علي أنه سلسلة من المثير–الاستجابة–التدعيم بمثابة وصف يدل علي التفاعلية المتبادلة، أي أن كل الناس في تفاعل تبادلي مع البيئة (محمد الشناوي، ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ٥٣٠– ٥٣٢)

–يتم تحديد سلوك الفرد من خلال الإشراط، الذي يعمل علي تعليم الكائن الحي تكرار الاستجابة التي جلبت له المكافئة أو جنبته الشعور بالألم (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٧، ٢٠٥)

– لقد أعطي سكنر للبيئة دور الريادة في تحديد الطرق التي يسلك بها الفرد(أي تحديد شخصيته من خلال مواقف التدعيم والاشتراط)، فالإنسان في رأيه هو ابن البيئة وتجاهل دور العوامل البنيوية(أي ما يتعلق بالبنية الجسمية والعقلية والصحية للفرد)، واعتبر السلوكيون الإرشاد طرق ووسائل تعليمية يحكم علي فعاليتها من خلال اختلاف أو تغيير سلوك الفرد نتيجة الإرشاد بحيث يكون التركيز الأساسي علي الفرد المسترشد، وعلي بيئته والهدف الأساسي للأساليب الفنية هنا هو مساعدة المسترشد على تعديل سلوكه غير المرغوب فيه إلى سلوك أفضل، ومن أجل هذا يستعمل المرشد أسلوب المحاكاة وتعلم المبادئ الأساسية بالإضافة إلى استغلال تاريخ العميل وحياته الطبيعية فالأساليب الفنية هذه تصمم من قبل المرشد لتلائم العميل نفسه (محمود عبد الله، ١٩٨٦، ١٦٣)

ويرى أصحاب النظرية السلوكية أن للاضطرابات السلوكية أنماطًا من الاستجابات الخاطئة أو غير السوية التي تعلمها الفرد. ويحتفظ بها لفاعليتها في تجنب مواقف أو خبرات غير مرغوبة. مثال (طفل نشأ ببيئته يمارس عليه فيها الظلم، فلم يجد سبيلاً سوى العدوان للرد على هذا الظلم ويصبح العدوان سلوكًا مرضيًا لدى (سمية طه، ٢٠٠٥، ٤٨)

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى هذه النظرية منها :

– يركز أصحاب هذه النظرية علي أن السلوك الظاهر الملاحظ هو موضع الاهتمام .

– يتغاضى أصحاب النظرية عن النظر للفرد ككل ،بل يهمهم السلوك غير السوي الظاهر دون النظر إلى العناصر الذاتية التي تكمن وراء هذا السلوك .

– تعتمد هذه النظرية علي النتائج التي توصلت إليها في تجاربها علي الحيوان .

– هذه النظرية تركز على إزالة السلوك غير السوي. دون التركيز على الحل الجذري، فإن المساعدة على الحل للسلوك غير السوي عن طريق أسبابه الدينامية وإزالتها وبذلك فإن المساعدة على الحل تكون عابرة ومؤقتة وغير صحيحة .

أسس الإرشاد النفسي :

1–الأسس العامة في الإرشاد النفسي، وهي :

–مرونة السلوك الإنساني .

–السلوك الإنساني فردي جماعي.

– ثبات السلوك الإنساني وإمكانية التنبؤ به.

–استعداد الفرد للإرشاد والتوجيه .

–حق الفرد في الإرشاد والتوجيه ،وتقرير مصيره.

–استمرار عملية الإرشاد .

–تقبل العميل.

–الدين ركن أساسي (حامد زهران، ١٩٨٠، ٥٣–٥٩)

الأسس الأخلاقية للعملية الإرشادية:

ثمة مجموعة من الشروط يجب أن تتوافر في المرشد النفسي ومنها: التخصص العلمي، والاستعداد الشخصي، والالتزام بالسلوك المهني الأخلاقي (رأفت عوض، ٢٠٠١ ،٥٠)

الأسس النفسية والاجتماعية: ومنها الاهتمام بالفرد كعضو في جماعة اجتماعية.

الأسس النفسية والتربوية: ومنها مطالب النمو والفروق بين الجنسين.

مميزات الإرشاد السلوكي:

يتميز الإرشاد السلوكي بـ:

- يعتمد على دراسات وبحوث تجريبية مضبوطة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياسًا تجريبيًّا مباشرًا.
- يوفر للمعالج النفسي الكثير من الأساليب المختلفة لعلاج أنواع متعددة من المشكلات النفسية.
- يركز على المشكلة أو العرض مما يسمح بوجود محكات يمكن الحكم من خلالها على النتائج أو العلاج.
- يسعى لتحقيق أهدافًا واضحة ومحددة.
- يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية.
- يستغرق وقتًا أقصر وبالتالي يوفر الوقت والجهد والمال.
- يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.
- يعتبر بديلا ناجحًا للعلاج التقليدي، وتطبيقاته أوسع من أي بديل آخر.
- أثبت نجاحًا ملحوظًا في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية، وعلاج الأمراض العصابية مثل الخوف والقلق و..... الخ من حالات الاضطراب السلوكي

(ميار محمد، ٢٠٠٣، ٦٤)

وهنا يبين لنا (أبو عباءة، ونيازي ٢٠٠١، ١٣٢) مميزات وخصائص العملية الإرشادية فيذكرا:

هي عملية تفاعلية دينامية بين المرشد والمسترشد يتحمل فيها كل منهما دوره ومسئوليته في إنجاز الأهداف وإحداث التغيير المنشود، وهي علاقة أساسها التقبل والاحترام المتبادل والتقدير، الهدف منها اكتشاف القوة في شخصية المسترشد وبيئته والاستفادة منها في إنجاز الأهداف.

وهي علاقة مهنية تتطلب شخصًا مؤهلا ولديه المعرفة بالسلوك الإنساني وأساليب التغيير ولديه الخبرة والمهارة التي تساعده في أداء عمله بصورة صحيحة علاقة مباشرة وجهًا لوجه للوقوف على السلوك اللفظي وغير اللفظي الصادر من كل منهما: المرشد، والمسترشد تراعي قيم ومبادئ وعادات ومعتقدات المجتمع الذي تتم فيه.

وقد استعان الباحث عند بناء البرنامج الإرشادي الخاص بهذه الدراسة ببعض فنيات الإرشاد السلوكي مثل التدعيم الإيجابي ويتم ذلك بإثابة المسترشد على السلوك السوي المطلوب تدعيمه حيث نحاول تخفيف حدة السلوك العدواني على الذات، ويشمل التدعيم أي شيء مادي أو معنوي يؤدي إلى رضا المسترشد.

وهناك بعض الفنيات الإرشادية تستخدم في مجال الإرشاد السلوكي منها :

التدعيم الإيجابي Reinforcement Positive

التدعيم السلبي Reinforcement Negative

لعب الأدوار Playing Role

النمذجة الاجتماعية modeling Social

التدريب التوكيدي training Assertion

الممارسة السالبة practice Negative

الاشتراط العكسي Conditioning Adversive

وقد استخدم في الدراسة الحالية بعض هذه الفنيات الإرشادية، وسيعرض الباحث لبعض الفنيات الإرشادية فيما يلي بالتفصيل:

التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجي:

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح للتغلب على حالات الذعر المبالغ فيه في القوات المسلحة، وخاصة أثناء الحرب العالمية الثانية واستخدمت بنجاح في علاج الخوف المبالغ فيه.

النموذج العملي:

ابتكر ألبرت باندورا في جامعة ستانفورد ما أسماه (النموذج العملي) كأسلوب في العلاج السلوكي واستخدمه بصفة خاصة لعلاج الخوف (وخاصة خوف الثعابين) عن طريق عرض نموذج عملي حي من جانب المعالج والمشاركة بالتدريج من جانب المريض حتى نزول الحساسية ويتم التحصين بالتدريج.

الغمر:

هذا الأسلوب هو عكس أسلوب التحصين التدريجي فبينما يبدأ التحصين التدريجي بمثيرات أقل إثارة للحساسية فإن أسلوب الغمر يبدأ بمثيرات أكثر إثارة للحساسية.

الكف المتبادل:

يقوم على أساس أنه توجد بعض أنماط استجابات متنافرة وغير متوافقة مع بعضها بعضًا مثل البول والنوم والخوف والجنس، والهدف منه كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية

الاشتراط التجنبي:

هذا الأسلوب يهدف فيه المعالج الى تعديل سلوك المريض من الإقدام الى الإحجام والتجنب، وقد استخدم الاشتراط التجنبي في علاج بعض الانحرافات الجنسية مثل: الأثرية (الفتيشية) والرغبة في لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم والجنسية المثلية وفي علاج الكحولية وهنا نستخدم مثيرات منفرة مثل الصدمة الكهربائية أو العقاقير المقيئة (المثير غير الشرطي) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع المثير الموقفي مثل الخمر (المثير الشرطي) التي تستثير الاستجابة غير المرغوبة

التعزيز الموجب (الثواب):

أسهم بوروس سكينر (١٩٣٨) في إيضاح العلاقة بين السلوك المنحرف وبين التعلم وأكد انه في تعديل مثل هذا السلوك عن طريق الاشتراط يجب الاهتمام بعملية التعزيز الموجب للسلوك المطلوب، ويتم ذلك بإثابة الفرد على السلوك السوي المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه الى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف

التعزيز السالب:

في هذا الأسلوب تبذل الجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة وهذا من نوع التعزيز السالب، ولا يستخدم هذا الأسلوب كثيرا لأن على المعالج أن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة وهذا قد يؤثر تأثيرًا سيئًّا على إرادته في الاستمرار في العلاج.

العقاب (الخبرة المنفرة):

في هذا الأسلوب يعرض المريض لخبرة منفرة (عقاب علاجي) إذا قام بالسلوك غير المرغوب وذلك لكفه ووقفه كلية، ومن أشكال العقاب العلاجي ما يكون ماديا أو جسميا مثل الضرب أو صدمة كهربائية أو اجتماعيا مثل التوبيخ أو في شكل منع مثل الإثابة مما يسبب الألم والضيق أو عدم الرضا عند الفرد ويعوق ثم يمنع ظهور السلوك غير المرغوب أي أن مصدر العقاب قد يكون خارجيا أو داخليا.

الثواب والعقاب:

لجأ بعض المعالجين إلى استخدام كل من الثواب والعقاب معا (والعقاب هنا في شكل منع الثواب) وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سليمة مرغوبة وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة، واستخدم هذا الأسلوب في علاج اللجلجة وذلك باستخدام الثواب أولا في تعليم السلوك المرغوب وهو الطلاقة اللفظية واستخدام العقاب لكف السلوك غير المرغوب وهو اللجلجة.

تدريب الإغفال (الإطفاء):

في تدريب الإغفال يحاول المعالج تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة وذلك بإغفالها وتجاهلها وعدم تعريض المريض لأي نتائج على الإطلاق، وهذا يشبه الإطفاء أي أن حدوث الاستجابة غير المرغوبة يؤدي إلى غياب الثواب والتعزيز وحدوث الانطفاء والاختفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز.

الإطفاء والتعزيز:

يلاحظ أن أسلوب تدريب الإغفال (أو الإطفاء) وحده له بعض العيوب منها تأثيره التدريجي الذي قد يطول فيه القيام بالسلوك غير المرغوب قبل انطفائه بالإغفال وأن بعض أنواع السلوك غير المرغوب قد يكون مدمرا جدا بحيث لا نستطيع السماح بحدوثه عشرات أو مئات المرات حتى ينطفئ ويختفي.

ضبط المثيرات:

إن المثيرات الموجودة في البيئة التي نعيش فيها تتحكم في استجاباتنا أي في سلوكنا فإشارة المرور الخضراء تستثير استجابة ضغط دواسة البنزين بينما الإشارة الحمراء تستشير استجابة ضغط دواسة الفرامل كذلك فان علامات حدود السرعة تتحكم في مدى ضغط كل من دواستي البنزين والفرامل وهكذا فان السلوك يستثار بنوع ما من المثيرات.

الممارسة السالبة:

في هذا الأسلوب يطلب المعالج من المريض أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار حتى يصل إلى درجة تشبع لا يستطيع عندها ممارسته، ويقوم هذا الأسلوب على أساس دراسات دونلاب (١٩٣٢) الذي وجد أن الاستجابة غير المرغوبة ينتج عنها نتائج سالبة مثل التعب والملل مما يقلل احتمال تكرار هذا السلوك ويقوم أيضا على أساس مفاهيم الكف التفاعلي والكف الشرطي.

ثانيًا: التوحد (Autism):

إن مصطلح Autism جاء من اللغة الإغريقية Autos وهي تعني بالإغريقي النفس، وism تعني في اللغة الإغريقية الحال غير السوية، ولذا فإن الطفل الذي يصاب بهذه الحالة هو الشخص الذي يحمل النفس غير السوية، وقد أطلق هذا المصطلح لأول مرة من قبل ليوكانر Lew kaner عام (١٩٤٣م) عند تميزه لمجموعة (زملة) من الأعراض السلوكية تظهر في سن الطفولة المبكرة (محمد الفوزان، ٢٠٠٢، ٥١)

والتوحد من الاضطرابات النمائية التي تؤثر على الطفل وعلى رؤيته للعالم، وتؤثر أيضًا على مدى تعلمه من خبراته، ويكون لديه نقص كبير في الرغبة للاتصال الاجتماعي (Siegle,1996:9)

وهذه الاضطرابات النمائية المنتشرة هي اضطرابات طفولية تؤثر على الوظيفة النفسية في عدة نواحي مثل: اللغة، والعلاقات الاجتماعية، الانتباه، والإدراك، والوجدان، وتشمل اضطراب ريت، اضطراب الطفولة التفككي، واضطراب اسبرجر، وهي لا تمثل اضطرابًا بسيطًا في النمو، وإنما هي خلل غير طبيعي في مرحلة النمو(حميدة العربي، ٢٠٠٥،

١٣) وهو من أكثر الاضطرابات صعوبة وشدة من حيث تأثيرها السلبي على الطفل وقابليته للتعلم والاندماج مع الآخرين أو الاستقلال عنهم وتحقيق درجة من النضج الاجتماعي (سلامة محمد، ٢٠٠٠، ١٩٥)

ولقد تعددت المسميات التي أطلقت على اضطراب التوحد مثل: الذاتوية، الاجترارية، الانطواء الذاتي، الانغلاق على الذات. وقد ترجم المصطلح إلى: الانطواء على النفس، الانشغال بالنفس، الانشغال بالتمنيات وأحلام النهار، وذهب آخرون إلى أن التوحد بمعنى الاسترسال في التخيل هربًا من الواقع، ومن الناحية اللغوية يعتبر مصطلح توحد هو أفضل المصطلحات المستخدمة للتعبير عن الظاهرة مجال البحث (هالة محمد، ٢٠٠١، ١٧)

وسبب اختيار هذا الاسم من قبل ليو كانر راجع إلى أن الصفة البارزة الأولى هي الضعف في تكوين العلاقات الاجتماعية العادية، وهي أوضح صفة بالنسبة لهؤلاء الأطفال، بالإضافة لكونها كلمة لا تستعمل كثيراً في اللغة الإنجليزية أثناء الحديث، ولهذا فهي كلمة فريدة في معناها واستعمالها، وهناك بعض المصطلحات التي استخدمت للإشارة لاضطراب التوحد وهي:

- ذهان الطفولة : Infantile Psychosis
- ذهان مرحلة الطفولة :Childhood Psychosis
- فصام الطفولة :Childhood Schizophrenia

ويضيف أنه منذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللوحة التشخيصية الاكلينيكية للاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والثالث المعدل للأمراض النفسيةDSM3:R&DSM3) وذلك في عامي (١٩٧٨م،١٩٨٠م) على التوالي، معتبرة أنه اضطراب في النمو(اضطراب نمائي) Developmental Disorder ولم يعد ينظر إلى الاضطراب على أنه ذهان، كما لم يعد ينظر إلى أعراض التوحد والذهان على أنهما مترادفان، وبالتالي أصبحت مصطلحات مثل :توحد مرحلة الطفولة Childhood Autism التوحدية أو الذاتوية الطفولي Infantile Autism الطفل التوحدي أو الذاتوي Autistic Child أقرب للمصطلح الذي تبناه ليوكانر Early infantile autism التوحد الطفولي المبكر (عادل عبد الله، ٢٠٠١، ٢٩)

وفي وقت لاحق تقلص استخدام مثل هذه المصطلحات، لأن الطفل المصاب بالتوحد سيتدرج في المراحل العمرية المتقدمة دون شفاء تام لزملة الأعراض المميزة لاضطراب التوحد، مما يجعل من غير الملائم إطلاق مثل هذه

أيضًا بالاضطراب المصطلحات على الأفراد الذين تعدوا مرحلة الطفولة.... (محمد هويدي، ٢٠٠٠، ٨٥)، ويسمي الأوتيزمي، وهو اضطراب معقد يوصف بوجود قصور اجتماعي وقصور في التواصل ويتميز بالنماذج التكرارية والسلوك النمطي(Cuccaro, et al:2003,87)

ويعرف بأنه حالة عقلية تتميز بصعوبات شديدة في التعامل مع الآخرين وبصعوبة في استخدام اللغة المجردة.) عام (١٩٩٤م) DSM-4ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع ((Personal,2002,89) أطلق عليه الاضطراب التوحدي Autistic Disorder، وهذه التسميات المختلفة تعكس لنا بوضوح التطور التاريخي للتوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات المهنيين المهتمين بهذا الاضطراب بالإضافة إلى ذلك أن استخدام هذه التسميات كان بسبب غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد (يوسف القريوتي وآخرون، ٢٠٠١، ٩٢)

أولا: التطور التاريخي لاضطراب التوحد:

التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة (PPD) Disorders Pervasive Developmental وهي حالات اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية ، والمعرفية ، والانفعالية ، والاجتماعية ، أو فقدانها بعد اكتسابها وتكونها بما يؤثر سلبًا مستقبلًا على الشخصية وتتميز هذه الاضطرابات النمائية الشاملة باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، وفي أنماط التواصل ، ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، وهذا ما ذكره كل من: عثمان فراج (٢٠٠٠، ١٩) وأحمد عكاشة (٢٠٠٣، ٧٥٠) وأسامة مصطفى ، الشربيني، السيد (٢٠١٤، ٢١)، ويتخذ مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة أساسًا للتشخيص الرسمي للأفراد الذين يشاركون التوحديين في عدد من الخصائص، ولكنهم يعجزون عن الوفاء بكافة المحكات لهذا التشخيص. Dodd,(2005, 6-7)

إن الحالة الأولى التي تم وصفها لهذا الاضطراب كانت في عام ١٨٦٧ من قبل الطبيب النفسي الإنجليزي هنري مودزلي Moudsley, 1867 هذا ما ذكره زكريا الشربيني(٢٠٠٠، ١٣)، في حين يذكر آخرون أن الحالة الأولى تم وصفها في لندن بمستشفى بتلهام الملكي من قبل الطبيب النفسي الإنجليزي جون هسلم John Haslam، بينما كانت الحالة الثانية وهي حالة الطفل فيكتور والمعروفة بـ (حالة افيرون) نسبة إلى غابات فرنسا والتي عثر فيها

على الطفل فيكتور ، وقدم هذه الحالة جان مارك جاسبار ايتارد Jean M Itard وهي الحالة التي تعد من الوثائق ذات القيمة العلمية والتاريخية بل والأدبية في تاريخ التخلف العقلي (أحمد نايل ، بلال عوده، ٢٠٠٩، ١٥).

وهنا لنا أن نتساءل: هل اعتبر جان مارك التوحد نفس التخلف العقلي؟ أو قرينًا له؟ وإلا فإن هذه الحالة والتي اعتبرت تخلف عقلي لا تعد من الحالات التي تؤرخ للتوحد، فثمة فرق بين التخلف العقلي والتوحد فهما ليسا مترادفين، في حين تذكر بعض الدراسات أن تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي ايجون بلولر Eugen Bleule وكان ذلك عام١٩١١م (عبد المنعم الحفني، ١٩٨٧، ٨٠)

وفي عام ١٩٤٣ نشر كانر Lew Kaner دراسة وصف فيها أحد عشر طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات معروفة آنذاك، أطلق عليها Autism وبذا بدأ تاريخ التوحد ليكن كانر أول من أطلق مصطلح أوتيزم على مجموعة من الأطفال يتصفون بسمات معينة كالميل إلى العزلة، ورفض التغيير، ولهم حركات تكرارية، وفقدان القدرة على التواصل والانسحاب المفرط، وكان كانر قد اقتبس هذا المصطلح من اللغة اليونانية (أوتيزم) والتي تعني الذات أو النفس، وفي تلك الحقبة الزمنية يرى التوحد وكأنه حالة يصاب بها الأطفال الذين ينحدرون من أسر متعلمة تنتمي للفئة الاقتصادية الاجتماعية ذات المستوى الجيد، وهذا الكلام مردود فبحسب الدراسات والأبحاث فإن التوحد اضطراب يصاب به الأطفال في الأسر الغنية والفقيرة والمثقفة والأقل ثقافة على السواء فلا اعتبار للمستوى الثقافي أو الاقتصادي أو الاجتماعي في الإصابة بهذا الاضطراب، ومنذ فترة الأربعينات وحتى الستينات اعتقد كثير من المتخصصين كذلك أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد قد اتخذوا قرارًا واعيًا بالانسحاب من العالم الإنساني وأنهم يعانون من اضطراب يشبه الشيزوفرنيا (محمد السيد عبدالرحمن وآخرون،٢٠٠٥، ٥٠)، وإن إطلاق مصطلح التوحد والذي أطلقه (بلولر) ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالبيئة الخارجية سبّب إرباكًا منذ البداية في مفهوم التوحد وقد قام سليمان (٢٠٠٠، ٧٨) وهولين (١٩٩٨، ٨٣) بتوضيح التطور التاريخي للدراسات التي تناولت اضطراب التوحد يتلخص في:

المرحلة الأولى (مرحلة الدراسات الوصفية):

تناولت هذه الدراسات الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات من القرن السابق، وهدفت إلى توضيح سلوك الأطفال التوحديين، وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، وقد ساهم بجهود بارزة في هذا المجال كل من (ليوكانر Leo Kanner,1953)، (هانز سبرجر Hans Hsperger,1953)، ليون ايزنبرج(Leon Eisengerg,1956)، ولقد أظهرت التقارير المقدمة العديد من خصائص التوحديين إلا أن عدم التجانس بين أفراد المجموعات الموصوفة في التقارير أدت إلى القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن تؤخذ في الاعتبار على المدى الطويل.

المرحلة الثانية (مرحلة الدراسات التابعة للدراسات الأولى):

تناولت هذه الدراسات الفترة أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات، وهدفت إلى التركيز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى أطفال التوحد نتيجة للتدريب، ومن أبرز دراسات هذه المرحلة دراسة كل من (مايكل روتر Michael Rutter,1960)، (ميتلر وآخرون (Mittler,et al, 1966)، (دي ميري وآخرون Dem yeer, et al, 1973)،(فيكتور لوتر Lotter, 1974) ولقد كانت الدراسات المقدمة في هذه المرحلة أكثر دقة من المرحلة السابقة، وعليه يمكن الخروج بالاستنتاجات التالية:

١) يعد التطور المبكر في سن الخامسة، إحدى المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.

٢) ينظر إلى كل من القدرات العقلية، والقابلية للتعلم والتدريب كمؤشرات هامة في تشخيص حالات التوحد.

المرحلة الثالثة (مرحلة الدراسات المتتابعة):

تناولت هذه الدراسات الفترة ما بين الثمانينات وبداية التسعينات، وقد شهدت هذه المرحلة تيارًا ثابتًا من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال التوحد، إلا أنها ركزت في الغالب على التوحديين من ذوي الأداء العالي، وعلى سبيل المثال شارك في هذه المرحلة كل من (شونج، ولي Chung, Lea, 1990)، جلبير وستيفن Cillbery, (Stefenberg, 1987)،(كوباياشي وآخرون (Kobayshi, el.al, 1992)، ريمسي وآخرون Rumsey, (et.al, 1985)، فينتر وآخرون (Venter, et–al, 1992)، (تانتم (Tantam, 1991)، وعليه فإن المعلومات

المتضمنة في تقارير هذه الدراسات كانت أكثر تنظيمًا وموضوعية عن الدراسات السابقة، وعلى ذلك فقد توصلت إلى نتائج على درجة من الأهمية وهي:

١) أهمية تطور اللغة لأطفال التوحد وبالذات في المرحلة العمرية (٥-٦) سنوات، وارتباط ذلك بالارتقاء في بعض المهارات والقدرات في المراحل اللاحقة.

٢) أن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات والقدرات الإدراكية واللغوية الجيدة لا يضمن بالضرورة أن تطور التدريب في مجالات تضمن له الاندماج في المجتمع.

٣) أن التدريبات العلاجية المنظمة وبرامج التربية الخاصة تضمن التغير التدريجي لبعض السلوكيات المضطربة وغير الملائمة.

المرحلة الرابعة (مرحلة الدراسات المقننة):

وهذه المرحلة تتداخل في بدايتها مع أواخر المرحلة السابقة وتمتد إلى الفترة الحالية، وقد ازدادت الدراسات المقدمة في هذه الفترة بشكل ملحوظ بالإضافة إلى ما تميزت به من دقة وانتظام ويرجع ذلك إلى:

١) وجود معيار تشخيصي متفق عليه لاضطراب التوحد والمعين في كل من: (ICD-10 & DSM-4).

٢) تطور آليات البحث العلمي المقننة ويشمل ذلك المقاييس والاختبارات الخاصة بفئة التوحد.

٣) التطور التكنولوجي في الأجهزة الطبية.

٤) تدعيم الفرضيات بأدلة مادية.

وهدفت معظم الدراسات في هذه المرحلة إلى تفسير أسباب الإصابة باضطراب التوحد، الكشف عن أساليب التشخيص المبكر لهذا الاضطراب، وضع علاجي طبي يدعم البرامج التدريبية السلوكية، وذلك أملاً في التوصل إلى حل جذري لاضطراب التوحد، إما بالكشف المبكر لمنع تطور الأعراض أو بمعرفة المسببات لإيقاف ومنع حدوث الاضطراب. وسيتطرق الباحث لبعض هذه البحوث أثناء عرض الإطار النظري.

ثانياً: الدراسات العربية

وثق اضطراب التوحد في الدراسات العربية قبل حوالي خمسة عشر سنة على الأرجح، وقد تناولت ثلاثة مجالات في اضطراب التوحد:

١- التشخيص: وهدفت هذه الدراسات لتوضيح المؤشرات التشخيصية البارزة لاضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وتذكر منها خليل:(١٩٩٤)، حلواني (١٩٩٦)، أحمد (١٩٩٩)، البلشة (٢٠٠٠) وآل مطر (٢٠٠١).

٢- الآراء الوالدية لأطفال التوحد: وهدفت هذه الدراسات لمعرفة آراء آباء أطفال التوحد اتجاه مواضيع متعددة منها المخاوف التي تنتابهم، احتياجات أبنائهم التدريبية والتعليمية، وعي الأسرة بطبيعة الخدمات المقدمة لطفلها التوحدي، الاتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحدي، وهي على التوالي: خليل (١٩٩٣)، السعدي (١٩٩٧)، آل الشيخ (٢٠٠٢) وفران (٢٠٠٣).

٣- البرامج المقدمة للطفل التوحدي: وهدفت الدراسات هنا إلى تصميم وتطبيق برامج خاصة بالطفل التوحدي للتخفيف من شدة أعراض اضطراب التوحد وتنمية جوانب التواصل اللغوي والاجتماعي لديهم، ونذكر منهم بار (١٩٩٧)، بدر(١٩٩٧، ٧٢٧)، عليوه (١٩٩٩)، محمد (٢٠٠١)، نصر (٢٠٠٣)، والغامدي(٢٠٠٣)

ومن العرض السابق نرى أن التطور في تناول اضطراب التوحد في الدراسات العربية كان ذو تدرج منطقي للتعرف على ظاهرة جديدة نسبيًّا على المجتمع العربيّ، والملاحظ في الدراسات اللاحقة أن الباحثين قاموا بتصميم وتطبيق مقاييس خاصة بفئة التوحد كانت ذات فاعلية في تقييم أبعاد الاضطراب.

تعريف التوحد:

تتعدد تعريفات التوحد وتختلف، فيرى بعض الباحثين أنه: اضطراب ارتقائي عام يتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات وأنماط شاذة من السلوك والأنشطة وعادة ما يظهر قبل ثلاثين شهرًا من العمر (Richard&Matthew,2002.332-341)

بينما يرى آخرون أنه صعوبة في التواصل والعلاقات الاجتماعية مع اهتمامات ضعيفة قليلة، بينما يرى آخرون أنه: تدهور في نمو الطفل يتميز بتأخر في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه، والإدراك الحسي والنمو الحركي، ويرى بعضهم الآخر أنه مرض عصبي نفسي يبدأ مع ولادة الطفل ولكن بصورة

خفيفة غير ملحوظة في كثير من الحالات وفي معظم الحالات تظهر الأعراض قبل سن الثالثة، فالتوحد هو الخلل في مجالات التفاعل والتواصل الاجتماعي المصحوب بسلوكيات نمطية تكرارية غير هادفة، ورغبة مفرطة في المحافظة على الروتين ومقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة، ومظهر جسمي طبيعي، وقدرات إدراكية جيدة، مع قصور واضح في بعض الجوانب المعرفية، ووجود قدرات خاصة في بعض المجالات الإنمائية وهو إعاقة نمائية تتضح أو تظهر خلال السنوات الأولى للحياة(King, 2011:654)، Amaral, 2011: 4، خولة يحيى، ٢٠٠٨، ١٢٦)

ويعرفه آخرون بأنه: الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط وهو منسحب تمامًا ومنشغل عن الآخرين انشغالاً كاملاً بخياله وأفكاره وبالأنماط السلوكية الروتينية ويتسم باللامبالاة بالوالدين والآخرين والعجز عن تحمل التغير، ويعرفه Dianne بأنه قصور في العلاقات الاجتماعية والتطور اللغوي والإصرار على الأفعال النمطية والروتين اليومي (Dianne,1997:251)

وتبعًا للتطور التاريخي للمفهوم نجد أن بعضهم ينظر إلى حالات التوحد على أنها اضطراب عقلي ويؤكد كامبل وآخرون هذا الاتجاه باعتبار أن التوحد خلل عضوي في وظيفة المخ وأن الأعراض تختلف في نوعها وحدّتها من طفل إلى آخر تبعًا لنوع ومكان الإصابة. (Campbell,et,al.1992:326)، ويرى بول موسن (٢٠٠١، ١٦٤) أن: التوحدية اضطراب عقلي خطير يصيب صغار الأطفال ويتميز بالاستغراق في الخيال إلى حد الابتعاد عن الواقع و العجز عن استخدام اللغة في التفاهم و التواصل الفكري، وعرفه هولن Howlin,1998,83، بأنه: مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم، والنمو المعرفي، والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح الطفل كما لو كان جهازه العصبي توقف تمامًا عن العمل، أو كأن حواسه الخمس لم تعد قادرة على توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، ويعرفه عبد الرحيم بخيت(١٩٩٩، ٧٢) بأنه: اضطراب أو جملة أعراض تظهر الخصائص المرضية فيه قبل سن(٣٠) شهراً وتتضمن هذه الاضطرابات ما يلي:

١. اضطراب في سرعة النمو أو تتابعه.
٢. اضطراب في سرعة الاستجابات الحسية للمثيرات.
٣. اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
٤. اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

ويضيف (نفسه) مع مشيرة عبد الحميد اليوسفي(٢٠٠٠، ١٨٨) بأنه إعاقة في النمو تتصف بكونها معقدة وتظهر بوضوح في الثلاث سنوات الأولى من العمر وهي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبًا في وظائف المخ، فتتأثر مجالات

الاتصال والتفاعل الاجتماعي وتوجد صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي مما يجع الطفل غير قادر على التواصل مع الآخرين أو بالعالم الخارجي وفي بعض الحالات يظهر عليهم سلوك العدوانية وإيذاء الذات.

ويعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية التي تعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية، وهو ما يمكن أن نسميه بالقصور في التفاعل الاجتماعي، ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات، وأنماط شاذة من السلوك والأنشطة، فينخرط الطفل في مشاعر، وأحاسيس، وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه، بينما يعايشها هو بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التى يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقته الخاصة، وتظهر هذه الأعراض قبل سن الثلاثين شهرًا، فهو اضطراب في النمو ينتج عنه تغير هيكلي أو كيميائي في أداء الجهاز العصبي المركزي (زكريا الشربيني،٢٠٠١، ١٠٣)،(عمر بن الخطاب خليل،٢٠٠١، ١٨)Richard& Matthew,2002-332،

ويسميه كاكارو وآخرون الاضطراب الأوتيزمي وهو عندهم اضطراب معقد يوصف بوجود قصور في المهارات الاجتماعية وفي التواصل ويتميز بالنماذج التكرارية والسلوك النمطي ويعزى إلى الجانب البيولوجي في ظهوره.(Cuccaro,et al: 2003,87)

وتعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد ٢٠٠٤ (The Autism society of America) بأنه إعاقة معقدة في النمو تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل وهي ناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي يؤثر في وظيفة المخ على أداء مهامه، ولا تؤثر المستويات الاقتصادية، والاجتماعية، والتعليمية للأسرة في ظهوره. (هويدة حنفي الريدي، ٢٠١٥، ٧٦)

وتذكر الجمعية الأمريكية للتوحد: (The Autism society of America) عدة مجالات يمكن أن تتأثر بالتوحد وهي:

- الاتصال :Communication حيث تتطور اللغة ببطء وتستعمل كلمات دون ارتباطها بأي معنى بالنسبة للطفل التوحدي.
- التعامل الاجتماعي :Social interaction حيث يقضي الطفل وقته وحيدًا بدلاً من أن يكون مع الآخرين.
- القصور الحسي: Sensory impairment حيث يُظْهِر الطفل التوحدي ردود أفعال غير عادية للأحاسيس الفيزيائية.
- اللعب: play حيث يعاني الطفل التوحدي من نقص في التلقائية أو اللعب التخيلي.
- السلوكيات: Behaviors حيث يحتمل أن يكون الطفل التوحدي شديد النشاط أو سلبي جدًا.

وهناك بعض المؤشرات التي تظهر على الطفل التوحدي يمكن عرضها على النحو التالي:

- قصور في الاتصال البصري ويميل إلى توجيه بصره بعيدًا عن الشخص أو الشيء.
- عدم الاندماج مع المحيطين وميله الدائم للتواجد بعيدًا عنهم.
- قصور في الانتباه والتركيز وعدم إكمال المهام.

- تأخر في النمو اللغوي وقد لا يوجد عند الطفل أي أسلوب للتواصل مثل: الإشارة، التقليد، التواصل بالكلام.
- تأخر في الإدراك، وتسمية الأشياء.
- نشاط زائد، وحركة مستمرة أو كسل زائد، وميل دائم للرقاد وضعف الدافعية للحركة والنشاط.
- زيادة مفرطة في الإحساس بالمثيرات من حوله أو نقص في الإحساس بها (الملامسة، الرائحة، الإضاءة، الأصوات...)
- حركات تكرارية لا إرادية (هز الجسم كله، إظهار تعبيرات في الوجه أو مشي غير طبيعي)
- بكاء قبل النوم أو عند الاستيقاظ.
- نوبات غضب وصراخ.
- ميول عدوانية تجاه الآخرين في بعض الحالات وتجاه الذات في الحالات الأخرى.
- قد تصاحب الحالة بعض التشنجات.
- مقاومته للتغير والميل للروتين وتكرار الأفعال.
- عادات غير طبيعية في الأكل أو الشرب أو النوم (أحيانًا يختار نوعية معينة من الأكل ويمتنع عن تناول أي أطعمة غيرها، وأحيانًا يظل متيقظًا طول الليل (كمال زيتون، ٢٠٠٣، ١٢٦)

وبتعبير آخر يمكننا أن القول بأن التوحد هو فقدان القدرة على الاستمرار الطبيعي في النمو مما يؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل الاجتماعي(Srinivasa,2004.160)

فهو اضطراب يصيب الأطفال خلال العامين الأولين من العمر ويتصف ببعض الأعراض والمظاهر النفسية والاجتماعية والعقلية والسلوكية التي يتسم بها الأطفال المصابون به وتتمثل في الانغلاق التام على الذات والطقوس الشخصية الخاصة غير الطبيعية وسوء استخدام اللغة وحدوث قصور أو خلل في المشاعر والانفعالات والانتباه والتركيز والإدراك والحواس وحركات الجسم والتفاعل الاجتماعي والتواصل بشتى صوره اللفظية وغير اللفظية (حسام أبو سيف، ٢٠٠٦، ١٠)

بينما يراه آخرون بأنه اضطراب نمائي عصبي معقد ومزمن ومتداخل يظهر في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل في جميع المجتمعات بغض النظر عن اللون أو الجنس أو الدين أو المستوى الاقتصادي والاجتماعي ولم يتوصل لأسبابه بشكل واضح ويتضمن الإعاقة في تطور المجالات الآتية:

١. اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
٢. الجانب الاجتماعي والعلاقة مع الآخرين.
٣. اللعب والتخيل.
٤. فهم المشاعر والتعبير عنها (مصطفى القمش، وخليل المعايطة، ٢٠١٣، ٢٠٣)

ومن أشهر التعريفات تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National society for autistic children NSAC وهو أن التوحد اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيًا وتظهر مظاهره الأساسية قبل أن يصل الطفل إلى ٣٠ شهرًا ويتضمن الاضطراب في المجالات التالية: سرعة وتتابع النمو، والاستجابة الحسية للمثيرات والكلام أو اللغة أو السعة المعرفية والانتماء للناس والأحداث والموضوعات (هويدة حنفي الريدي، ٢٠١٥، ٧٣)

ولقد حددت الرابطة الأمريكية للطب النفسي American psychiatric معايير يمكن من خلالها الحكم على وجود التوحد وهذه المعايير هي:

١. بداية الاضطراب قبل ٣٠ شهر من عمر الطفل.
٢. العجز الواضح وعدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
٣. صعوبة في تطوير اللغة وفي حالة وجود اللغة فإنها تأخذ أشكالاً شاذة مثل: ترديد ما يقوله الآخرون وعكس الضمائر والسرعة في الكلام.
٤. الاستجابات الشاذة للمتغيرات المختلفة التي تحدث في البيئة.

عدم وجود الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط والتفكك في الأفكار كما هو الحال في حالة الفصام، والأطفال التوحديون هم الذين ينشغلون بذاتهم أكثر من انشغالهم بالعالم الخارجي مما يؤدي بهم إلى الفشل في تطوير العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وانشغالهم بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومتهم للتغير البيئي إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية (أريج الشرقي، ٢٠١١، ٢٢٦)

وعرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA,2002,33) بأنه: اضطراب نمائي سلوكي، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، والذي يتميز بضعف واضح في مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور حركات وسلوكيات نمطية واهتمامات غير عادية، وقصور اللعب التخيلي، وصعوبات واضحة في الجوانب الأكاديمية والمعرفية متفاوتة الدرجة، ويكزن مصحوبًا بإعاقة عقلية في ٧٥-٨٠%من الحالات(سليمان الريحاني وآخرون، ٢٠١٠، ٢٥٦)، (دلشاد علي، ٢٠١٣، ١٩٩)

وطبقًا للتصنيف DSM-IV-TR,2000: يبدي عجزًا نوعيًا في التفاعل الاجتماعي يتضمن عدم الاستخدام أو التوظيف المناسب للسلوكيات غير اللفظية لتوجيه الانفعالات، العجز عن التواصل وهذا يتضح في ضعف نمو اللغة المنطوقة والعجز عن المبادأة وتعزيز المحادثة، والسلوك النمطي، والاستخدام المتكرر للغة والكلمات، وأيضًا ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها وفي اهتماماته والانشغال بأجزاء من الموضوعات.

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة يمكن ملاحظة ما يلي:

– أنها ركزت على محاور مشكلات التواصل (اللفظي، وغير اللفظي) لدى هذه الفئة من الأطفال، ومشكلات في التفاعل الاجتماعي وضعف القدرة على المبادأة أو الحديث، ومشكلات سلوكية وانفعالية، وضعف في الإدراك والقدرة على التخيل، والسلوك النمطي ومحدودية الاهتمامات.

– كما يمكننا أن نتبين خلافًا بين الباحثين في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذا الاضطراب باللغة العربية، فقد استخدمت مصطلحات مثل: الذاتوية، الاجترارية، التوحدية، الاضطراب الأوتيسي، يعزى هذا إلى القواميس النفسية التي ترجمت المصطلح على أساس وجود تشابه بينه وبين مصطلح الفصام Schizophrenia.

–تعدد التعريفات وتنوعها بسبب رغبة الباحثين في التعرف على هذا الاضطراب، واختلاف التخصصات العلمية والأغراض البحثية لمن يتصدون لهذا الاضطراب، فضلًا عن ارتباط المفهوم بالمفاهيم الأخرى من الاضطرابات النمائية.

معدلات انتشار التوحد:

–حددت البحوث المبكرة في مجال اضطراب التوحد معدلات انتشاره بنسبة ٢–٥ من كل ١٠.٠٠٠ شخص، وفي تقرير المعهد الدولي للصحة National Instates of Healthعام ١٩٩٠ أن معدل نسبة انتشار التوحد تبلغ (١:٥٠٠) بين الأطفال. (خليل البواب،٢٠٠٥،١١١، عادل العدل ،٢٠١٠،٢٢)، وأعلن المركز الطبي بمدينة ديترويت الامريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Centerأن اضطراب التوحدية أكثر شيوعا من متلازمة داون Down's Syndrome، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (٤ –٥) أطفال من كل ١٠٠٠٠ آلاف طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور(٤: ١) أضعاف الإناث، وهذا ما أكده إيدلسون (١٩٩٨) Edelson أيضًا بناءً على الدراسات المسحية التي قام بها، وفي عام (١٩٩٩) أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of Americaأن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (١: ٥٠٠) من الأطفال أي بما يعادل (٢٠: ١٠٠٠٠)، وإن نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (٤:١) إلا أنه في حالة إصابة الإناث تكون إعاقتهن أكثر صعوبة وخطرًا عن الذكور الذين في مثل حالتهن، غير أن هذه النسبة أيضًا المتعلقة بمدى انتشار اضطراب التوحد تبعًا لمتغير الجنس(ذكور/ إناث) لم تسلم من التغيير، حيث تغيرت إلى ٤: ٢ بدلًا من ٤: ١، وبحسب ما جاء في التقرير الذي نشره مركز الأبحاث بجامعة كامبردج فإن اضطراب التوحد بدأ ينتشر بصورة كبيرة حيث جاء فيه ارتفاع التوحد إلى ٧٥ حالة في كل ١٠٠٠٠ من عمر (٥-١١) سنة، وتعتبر هذه النسبة كبيرة عما كان معروف سابقا.(عصام زيدان، ٢٠٠٤، ١٢٤، محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٤، ٧٦، كوثر عسلية، ٢٠٠٦، ١٩)

– وأظهر تقرير لـ "المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها"، بمناسبة حلول شهر أبريل والتوعية العالمية حول اضطراب التوحد، أن نسبة الأطفال المصابين بالتوحد في الولايات المتحدة ارتفعت بنسبة ٨٧ % عما كانت عليه في عام ٢٠٠٢، وبهذا أصبح واحد من كل ٨٨ طفلاً أميركيًّا مصابًا بهذا الاضطراب، ووصلت هذه النسبة إلى (١ من كل ١٦٦) طفلًا مصابًا بالتوحد دون سن الثامنة وذلك طبقًا لتقرير لجنة البحث الطبية.(M.R.C, 2001) (إبراهيم العثمان، ٢٠٠٤، ٤)، ووصل هذا التزايد في إحدى الإحصائيات الحديثة إلى١ من كل ٣٨ حالة ولادة (Johnson,2011,26) مما سبق، وإذا ما أخذ في الاعتبار أعداد الأطفال التوحديين التي تأخذ في الزيادة عامًا بعد عام وهذا ما أكدته دراسة رونالد كولا روسو وكولين أورورك ٢٠٠٣، ودراسة Beherman,2004 حيث ذكرا : أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال في سن ٣–١٢ سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي (٦٠ من كل ١٠٠٠٠) أي ما يعادل ٦%، وأن وهذه النسبة وصلت إلى (٦٠–١٥٠ من ١٠ آلاف) وأن نسبة كبيرة من هؤلاء لديهم سلوكيات عدوانية تجاه الآخرين أو تجاه الذات ، بينما في مصر والعالم العربي لا توجد لدينا إحصائيات رسمية تبين لنا أعداد التوحديين وهذا ما أكده كل من: إلهامي عبد العزيز وآخرون،٢٠٠١، ٢٨، عادل عبد الله، ٢٠٠٢، ٣٩، مع الأخذ في الاعتبار أن الجمعية السعودية للتوحد (٢٠١١) قدَّرَتْ عدد الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية بما يزيد عن ١٠٠٠٠ طفل مصاب باضطراب التوحد.

جدول رقم(١)

تقديرات نسب انتشار اضطراب التوحد في بعض الدول

الدولة	عدد الحالات	التقدير	المصدر
مصر	١٠٠–٢٠٠ ألف طفل		المغلوث(٢٠٠٠)
الأردن	٧٥٠٠–٨٠٠٠ طفل		الشيخ (٢٠٠٤)
الولايات المتحدة		١ من كل ٩٤ حالة ولادة	(Srinivasa,2004)
السويد		٤ حالات لكل ١٠٠٠٠	(Srinivasa,2004)
نيجيريا		١٢ حالة لكل ١٠٠٠٠	(Srinivasa,2004)

سيريلانكا		١٢ حالة لكل ١٠٠٠٠	(Srinivasa,2004)
الصين		١.٦٨ حالة لكل ١٠٠٠	(Srinivasa,2004)
انجلترا		%٠,٠١	Kendal(2000.21)
السعودية	١٠٠٠٠ طفل		الجمعية السعودية للتوحد (٢٠١١)

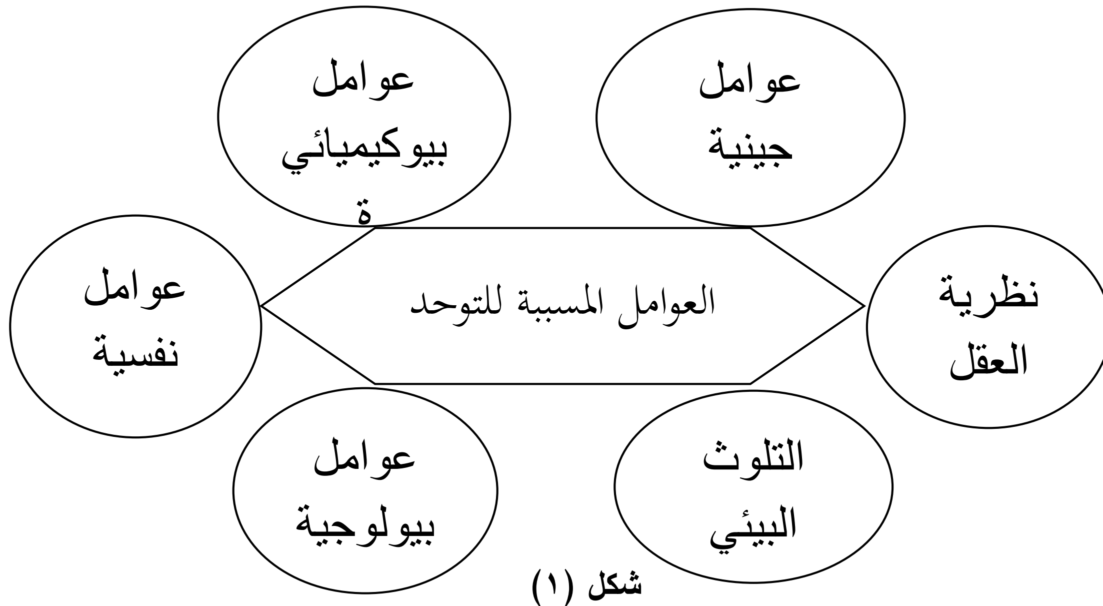
وتختلف نسبة الانتشار اضطراب التوحد في المجتمع تبعًا لعدد من المتغيرات أهمها: تصنيف حالات اضطراب التوحد، والحالة العقلية، والجنس، ومع ذلك فهي تقدر بحوالي ٧.٥% لكل ١٠.٠٠٠ طفل، وتظهر هذه النسبة لدى الذكور أكثر من الإناث في كل المجتمعات، وفي حوالي ٨٠%من حالات اضطراب التوحد تظهر أعراضًا من تدني القدرة العقلية، وحالات الصرع وصعوبات التعلم أو الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (فاروق الروسان،٢٠١٠، ٢٥٨)

وهنا يوضح بعض الباحثين جملة من الأسباب أدت إلى حدوث هذه الزيادة المطردة في انتشار نسبة اضطراب التوحد وهي على النحو التالي:

- المعايير التشخيصية: حيث إن تطور هذه المعايير وتنوعها يؤثر بلا شك في نسبة الانتشار.
- عمر الطفل: حيث من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار الفئة العمرية التي تجري عليها دراسة نسبة الانتشار.
- ازدياد الوعي بهذا الاضطراب لدى أولياء الأمور والمعلمين والمختصين في ها المجال.
- تعدد الأدوات الدقيقة والمقننة وتطورها لتشخيص هذا الاضطراب في السنوات الأخيرة مما أثر في تحديد وفرز أفراد هذه الفئة عن غيرها من الإعاقات الأخرى (صائب كامل وآخرون،٢٠١٢، ٥٧)

أسباب التوحد:

بالرغم من الدراسات المتعددة حول العوامل المسببة للتوحد إلا أنه–حتى الآن –لم يتم التوصل إلى سبب معروف أو متفق عليه بين الباحثين، ولكن هناك إشارات حول عدد من العوامل، منها: عوامل نفسية، وعوامل بيولوجية، وعوامل بيو كيميائية، وعوامل جينية...الخ



شكل (١)

يوضح العوامل المسببة لاضطراب التوحد

العوامل الجينية :Genetic factors

إن المكانيزمات الجينية لها دور كبير في حدوث التوحد واضطرابات النمو، وأن هناك علاقة بين التوحد وضعف نوع معين من الكروموسومات حيث إن اضطراب هذا الجين يسهم بنسبة تساوي ١٦.٥ % في حدوث التوحد، وأن ٢% من أسر الأطفال المصابين بالتوحد يعاني اثنان من أقاربهم من التوحد، وكذلك ترتفع نسبة انتشار التوحد بين التوائم المتطابقة(من بويضة واحدة) بحيث تصل إلى ٣٦%، وفي المقابل فلم يوجد التوحد إطلاقًا بين التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين)، وفي دراسة أخرى وجد أنه يرتفع بين التوائم المتطابقة لتصل نسبته إلى ٩٦% وبنسبة ٢٧% بين أزواج التوائم المتشابهة (رشاد علي موسى، ٢٠٠٢، ٤٠٩، وإلهامي عبد العزيز إمام، ١٩٩٩،٨٩، أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١٥، ٢٥٣)

عوامل بيو كيميائية :Biochemical factors

يرى بعض الباحثين أن ثلث المصابين بالتوحد يعانون من ارتفاع في مستوى بلازما السيروتونين Plasma Serotonin وهذا ليس فقط في المصابين بالتوحد فحسب بل أيضًا لدى المتخلفين عقليًّا بدون توحد، وأما التوحديون بدون تخلف عقلي فلديهم مستوى عال من Hyperptonemia وبعض التوحديين لديهم زيادة في السائل النخاعي

الشوكيCerbrospinal وحامض الهوموفانيلك Homovanillic وهذه المستويات تزداد بنسبة الثلث لدى المصابين باضطراب التوحد (حسن مصطفى عبد المعطي، ٢٠٠٣، ٥٥٤)، ونسبة من التوحديين لديهم ارتفاع مستوى السيروتونين والدوبامين في الدم ولكن دلالة هذا الارتفاع لا تزال غير واضحة وتحتاج إلى المزيد من البحث، (حميدة السيد العربي، ٢٠٠٥ ،٢٦&٢٧) وكذلك تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين التوحد والعوامل الكيميائية العصبية Mecirochemical وبصفة خاصة إلى اضطرابات في خلل، أو نقص، أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neurottransmitters التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم (أسامة فاروق،٢٠١٥، ٢٥٥)

العوامل النفسية :Psychological Factors

تركز نظريات التحليل النفسي على أهمية التفاعل ما بين الطفل والوالدين في إنتاج هذه الحالة حيث توصل كانر مكتشف الاضطراب أن علاقة الآباء الباردة وغير المستجيبة، وأسلوب التنشئة الاجتماعية وتعامل الطفل مع الأسرة وفقدان الحب والحنان، ودفء العلاقة مع الأم وغياب الاستثارة والنبذ واضطراب العلاقات الأسرية هي المسئولة عن نمو التوحد، وأما Bettelheim فيرى أن التوحد رد فعل غير مفهوم لقسوة الآباء أثناء مرحلة الطفولة (Jack. Scott, et. al, 2000,5) ولكن نتائج الدراسات استبعدت أن تكون العوامل النفسية والأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب لاضطراب التوحد (أسامة فاروق،٢٠١٥، ٢٥٣)

إن النمو الطبيعي يعتمد على اندماج الطفل في بيئته بنجاح لإشباع حاجاته والاتصال بالآخرين فلو سار كل شيء بشكل طبيعي، فإن الطفل سينمو حسه بالذات وإلا فإن الطفل يستجيب لبيئته على أنها مصدر تهديد ومدمرة فينسحب للتوحد (حميدة السيد العربي، ٢٠٠٥، ٢١)، ويرى آخرون أن الفشل في إقامة روابط حميمية مع الطفل قد تكون أحد الأسباب المؤدية للاضطراب، حيث إن الخبرات الأولى من حياة الطفل تؤثر على نموه في المراحل التالية، وهذا يدفع الطفل إلى الانسحاب من المحيط الاجتماعي والعزلة داخل أسوارهم الذاتية المغلقة في وجود الآخرين (رمضان القذافي، ١٩٩٤، ١٦٣)

عوامل بيولوجية :Biological factors

من الصعب أن نعين مسببات محددة على أنها هي السبب الرئيسي في الإصابة بالتوحد، وتنحصر العوامل البيولوجية في تلك التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها مثل إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل، أو تعرضها لمشكلات أثناء الولادة، أو عوامل بيئية أخرى (سهى أحمد نصر، ٢٠٠١، ٢٠)، (Siegel,1996,12) وبالرغم من ذلك يكفي قبول هذه الأسباب على أنها مجرد احتمال أن تكون أحد أو بعض العوامل المسببة لاضطراب التوحد فلقد كشفت البحوث عن وجود تشوه أو خلل في نمو أجزاء معينة من المخ أو الكيمياء الحيوية للجهاز العصبي المركزي، ولكن ليس هناك دليل قاطع على أنها السبب الفعلي للتوحد (أسامة فاروق، ٢٠١٥، ٢٥٤)

التلوث البيئي:

لا يوجد حتى الآن دليل قاطع على أن التلوث البيئي له دور في حدوث التوحد، رغم أن انتشار السموم في البيئة له علاقة في الإصابة بالتوحد (لمياء بيومي، ٢٠٠٨، ٤٧)

تشخيص التوحد:

لا يوجد لدينا حتى الآن اختبارات طبية مثل أشعة إكس أو اختبارات الدم يمكن من خلالها اكتشاف اضطراب التوحد، كما لا يوجد طفلان مصابان باضطراب التوحد يتصرفان بنفس الطريقة، بالإضافة إلى وجود العديد من الاضطرابات والإعاقات الأخرى يمكن أن تتسبب أو تفضي إلى أعراض مشابهة للأعراض المتعلقة باضطراب التوحد، وبذا يعتبر تشخيص اضطراب التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدًا، وتتطلب تعاون فريق من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية، وترجع هذه الصعوبة للعديد من العوامل منها:

- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي، وبالتالي فهي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم.
- غرابة أنماط السلوك المصاحبة له، وتنوعها من شخص إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين مصابين بالتوحد متشابهين تمامًا في الأعراض.

- أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية للإنسان.
- عدم الاتفاق على العوامل المسببة لهذا الاضطراب، حيث تتنوع وتتعدد أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث نتيجة للتلوث الكيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) والتلوث الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات أو...الخ وبالتالي تتعدد وتتنوع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة.
- عدم توفر الاختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة وخاصة في العالم العربي مما يمكن من الكشف عن اضطراب التوحد، ولا تفي اختبارات الذكاء المعروفة من اكتشاف ها الاضطراب بسبب ما ينتج عنه من قصور في اللغة وعجز عن الاتصال والتواصل (عبد الله القحطاني، ٢٠١٤، ٤٠)، (مصطفى القمش،٢٠١١، ١٠٣)

وفيما يلي عرض لمعايير تشخيص التوحد كما نص عليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :(DSM-IV-TR)

أولًا: ظهور (٦) أعراض أو أكثر على الأقل من المجموعات ١، ٢، ٣ التالية على أن تكون ثنتان منها من أعراض المجموعة الأولى على الأقل، وعرض واحد على الأقل من كل من المجموعتين الثانية والثالثة، وهذه المجموعات هي كما في الجدول التالي:

جدول رقم(٢)

أعراض تشخيص حالات اضطراب التوحد طبقًا لـ DSM-4

المجموعة الأولى: (القصور في قدرات التفاعل الاجتماعي)	المجموعة الثانية: (القصور القدرة على التواصل)	المجموعة الثالثة: (اقتصار الأنشطة على عدد محدود من السلوكيات النمطية

ثانيًا: تأخر أو شذوذ وظيفي يكون قد بدأ قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد من:

- القصور في التواصل غير اللفظي والاتصال مع الآخرين	- تأخير أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل اللفظي.	- استغراق تام واندماج كلي في أنشطة نمطية شاذة.
- الفشل في تكوين العلاقات مع الأقران.	- عدم القدرة على المبادأة بالحديث حال القدرة على التواصل اللفظي.	- الجمود وعدم المرونة والالتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية.
- قصور القدرة على المشاركة مع الاخرين في الأنشطة والهوايات.	- التكرار والنمطية في استخدام اللغة.	- حركات نمطية متكررة وغير هادفة.
- غياب المشاركة الوجدانية أو الانفعالية أو التعبير عنها.	- غياب القدرة على المشاركة في اللعب أو التقليد الاجتماعي.	- انشغال طويل المدى بأدوات أو أشياء أو أجسام.

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- استخدام اللغة في التخاطب والتواصل.

٣- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثًا: غياب أعراض متلازمة ريت (حسام أبو سيف، ٢٠٠٦، ١٣)

التشخيص الفارق:Differential diagnose

على الرغم من وجود محكات لتشخيص اضطراب التوحد، إلا أن هناك تشابه بين أعراض اضطراب التوحد وأعراض إعاقات أخرى، وللوصول إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد ينبغي بل يجبب البحث عن ماهية هذه الإعاقات

الأخرى وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميز اضطراب التوحد غيره من الإعاقات والاضطرابات، وهذا ما يسمى بالتشخيص الفارق، وفيما يلي توضيح لبعض الإعاقات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها اضطراب توحد (منيرة السميح، ٢٠١١، ٤٣)

أولًا: اضطراب التوحد والإعاقة العقلية:

تتشابه مظاهر الإعاقة العقلية وبعض السلوكيات التي تظهر لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، إلا أن هناك بعض الفروق مثل:

- المصابون بإعاقة عقلية يكونون متعلقين بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي إلى حد ما، بينما يختفي هذا التعلق بالآخرين وكذلك يختفي الوعي الاجتماعي عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد.
- المصابون بإعاقة عقلية ليهم قدرة لغوية واستخدام للغة يتناسب مع مستوى ذكائهم، في حين تنعدم هذه القدرة اللغوية لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد وإن وجدت فإن استخدامها يكون شاذًّا.
- الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية يظهرون تأخرًا عامًّا في النمو، أكثر مما يظهره الأطفال من ذوي اضطراب التوحد (محمد السيد عبد الرحمن وآخرون، ٢٠٠٥، ٤٣)
- المصابون باضطراب التوحد لديهم مظهر جسمي طبيعي بخلاف المصابين بإعاقة عقلية.
- الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية قد يولدون وهم مصابون بها أو تحدث لهم الإعاقة بعد الولادة نتيجة لمرض ما أو حادث ما أو تلوث بيئي، وأما الأطفال من ذوي اضطراب التوحد فهم يولدون بهذا الاضطراب وتظهر أعراضه خلال مدة زمنية أقصاها ٣٠ شهرًا بعد الولادة (عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٢، ٧٤-٧٧)
- المصابون باضطراب التوحد يتضمن سلوكهم اهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة، وكذلك المصابون بإعاقة عقلية أحيانًا، ولكن أهم ما يميز التوحديين هو التمسك الصارم بالروتين.

- يستطيع الطفل من ذوي الإعاقة الفكرية التواصل اللفظي، وغير اللفظي والمحاكاة والتقليد بعكس نظيره من ذوي اضطراب التوحد، فلديه مشكلات في التواصل ولا يستطيع المحاكاة ولا التقليد (شاكر قنديل، ٢٠٠٠، ٤٩)

ثانيًا: اضطراب التوحد واضطرابات اللغة والكلام:

اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من أهم المظاهر الأساسية في التوحد، ولكن يمكن التمييز بينهما من خلال الآتي:

- المصابون باضطرابات اللغة والكلام يستخدمون التواصل غير اللفظي (الإيماءات وتعبيرات الوجه) بينما المصابون باضطراب التوحد لا يستخدمون التواصل غير اللفظي.
- المصابون باضطرابات اللغة والكلام يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة، بينما المصابون بالتوحد لا يظهرون مثل هذه التعبيرات الانفعالية المناسبة.
- يستطيع المصابون باضطرابات اللغة والكلام اكتساب المفاهيم واللغة، بينما المصابون بالتوحد قد لا تنمو لديهم اللغة في الأصل أو تتأخر ويصاحبها مشاكل.

ثالثًا: اضطراب التوحد والإعاقة السمعية:

يبدو الطفل ذو اضطراب التوحد وكأنه لا يسمع، فلا يستجيب للأصوات التي حوله ولا يتفاعل معها، وهذا مما يؤدي للخلط بين ذي الإعاقة السمعية وذي اضطراب التوحد ويمكن التمييز بينهما من خلال:

- ذو الإعاقة السمعية لديه القدرة على التواصل البصري والتواصل غير اللفظي عامة والاستجابة الانفعالية بخلاف الطفل ذي اضطراب التوحد.
- ذو الإعاقة السمعية لا تظهر لديه السلوكيات النمطية والمقيدة بخلاف الطفل ذي اضطراب التوحد.
- ذو الإعاقة السمعية لديه القدرة على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات اجتماعية بخلاف التوحدي الذي يبدو عليه الانسحاب والعزلة الاجتماعية.

- ذو الإعاقة السمعية لديه خلل عضوي يكشفه الفحص الطبي، أما حاسة السمع لدى التوحدي سليمة ولا يوجد لديه مشاكل عضوية.

رابعًا: اضطراب التوحد والفصام:

هناك خلاف بين كثيرين في أن التوحد نوع من أنواع الفصام، وأن الطفل يصاب به في طفولته ثم يتطور ويصبح فصامًا لدى البالغين، إلا أنه يمكن التمييز بينهما من خلال التالي:

- يبدأ التوحد في مرحلة الرضاعة بينما يميل الفصام إلى الظهور فيما بعد الطفولة والمراهقة.
- المصابون بالفصام عادة ما يعانون من أوهام وهلاوس لا يعاني منها التوحديون.
- في معظم حالات الفصام هناك فترات هدوء وأداء سوي بينما لا يتأرجح التوحديون بهذه الطريقة (محمد الإمام، والجوالدة، ٢٠١١، ١٤٢)

خامسًا: اضطراب التوحد ومتلازمة توريت:Tourette's Syndrome

تشمل أعراض متلازمة توريت تشنجات غير إرادية، مثل الشخير والوحز واضطرابات قصور الانتباه والقلق والاكتئاب والعنف اللفظي الذي لا يمكن التحكم فيه، وعلى المستوى الاكلينيكي يجب أن يتوخى الحذر من تشخيص التوحد بشكل خاطئ على أنه متلازمة توريت لأن طريقة التعامل والعلاج ستكون مختلفة، وقد يتزامن التوحد مع متلازمة توريت.

سادسًا: اضطراب التوحد وزملة اسبرجر:

هناك تشابه بين التوحد وزملة اسبرجر من حيث وجود الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية وغياب التواصل غير اللفظي وعدد محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة، وقصور في الحركات الدقيقة، إلا أنه يمكن التمييز بينهما من خلال ما يلي:

- تبدأ ظهور أعراض اسبرجر خلال مرحلة الطفولة المتأخرة بينما تظهر أعراض اضطراب التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة.

- نسبة ذكاء الاسبرجر تكاد تقترب من الطبيعي (٩٠-١١٠)، ولكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي والأدائي، وأما اضطراب التوحد فيكون التباين في الذكاء واضحًا في جانبيه اللفظي والعملي (هويدة حنفي الريدي، ٢٠١٥، ١٣٣)
- الطفل ذو متلازمة اسبرجر ليس لديه تأخر عام في اللغة، بل نموه اللغوي في سنواته الأولى طبيعي، ولكن لديه صعوبات بسيطة في تكوين الجمل واستخدام الضمائر.
- يتصف الطفل ذو متلازمة اسبرجر بالقلق والاكتئاب وضعف التوافق الحركي ومن السهل إحباطه ويتصف سلوكه بالعدوانية.

(جدول رقم ٣)

اضطراب التوحد مقابل زملة اسبرجر

وجه المقارنة	اضطراب التوحد	زملة اسبرجر
معالجة المعلومات	المعلومات المدخلة أقل فاعلية.	المعلومات المدخلة أكثر فاعلية.
المعلومات المخزنة	الوصول إليها بصعوبة.	الوصول إليها بسهولة.
التحكم بالتعبير	أقل فاعلية.	أكثر فاعلية.
المشكلات الحسية والادراكية	يعانون أقل.	يعانون أكثر.
طريقة حل المشكلات	لا إرادية غالبًا. وغير لائقة اجتماعيًّا.	استراتيجيات تطوعية. مقبولة اجتماعيًّا.
اللغة	غير لفظيين. لغة استقبالية سيئة بصريًّا وسمعيًّا. لديهم مشكلات تتعلق باللغة التعبيرية.	غيؤ لفظيين. لغة جيدة. لديهم مشكلات تتعلق باللغة التعبيرية.
التواصل	غير مباشر.	مباشر

الحاجة للتقبل	من أجل تجنب تعرضهم للإيذاء. لا يشعرون بالفخر بإنجازاتهم.	من أجل الشعور بالتقدير. يشعرون بالفخر بإنجازاتهم.

(محمد صالح الإمام، وفؤاد عيد الجوالدة، ٢٠١٠، ٦٢)

سابعًا: اضطراب التوحد ومتلازمة ريت:

تتشابه بعض أعراض ريت مع التوحد في:

- النمو الطبيعي في السنتين: الأولى، والثانية من العمر، يليهما حالة من الفقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية والاجتماعية والتكيفية.
- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام.
- عدم التواصل في الأفكار والانفعالات ويكون مصحوبًا بالاكتئاب والضحك الهستيري.

وأما أوجه الخلاف بينهما فهي:

- متلازمة ريت تصيب البنات فقط والتوحد يصيب الذكور والإناث مع اختلاف نسبة الانتشار في كلٍّ.
- تتصف متلازمة ريت Rett بعدة أعراض منها الترنح في المشي وفقدان الاتزان الحركي للأطراف، وبلل الأيدي باللعاب، وصعوبة في البلع والتنفس، وفشل دائم تقريبًا في التحكم في عمليات الإخراج.
- حدوث تشنجات ونوبات صرعية للمصابات بمتلازمة ريت Rett في الطفولة المبكرة أو المتوسطة، بينما تشير الدراسات إلى أن ٣٢.٢% من التوحد يحدث لهم نوبات صرعية في فترة البلوغ.
- يصاحب النكوص في اضطراب ريت نقص في محيط الرأس مما يؤدي إلى صغر الدماغ بخلاف التوحد (رشاد علي موسى، ٢٠٠٢، ٣٩٣)

النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

- نظرية العقل Theory of Mind(TOM):

كثير من الدراسات والأبحاث تعزي أسباب التوحد إلى الخلل في الإدراك وعدم القدرة على تنظيم الاستقبال الحسي، مما يعيق تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن البيئة (محمد خطاب،٢٠٠٤، ٢٤)

ولذلك تشير نظرية العقل إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار ومعتقدات ومشاعر الآخرين من فهم وإدراك وتنبؤ من خلال الإشارة إلى صعوبة قدرة الأطفال التوحديين على الاستنتاج وتقدير الحالات العقلية، فهم يجدون صعوبات في التصور والتخيل وما يدور في ذهن الآخرين من أفكار، وهذا يقود بدوره إلى ضعف التقمص العاطفي وصعوبة التنبؤ بما قد يفعله الآخرون (فريث،١٩٩٩،١٤)، (الجارحي، ب.ت، ص١٣٥)، فالخاصية الأساسية لدى الأطفال التوحديين هي ضعف القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وقد لا يمتلك هؤلاء الأطفال مفهوم العقل إطلاقًا في حالات التوحد الشديدة، وقد أطلق على هذه الحال من العجز (نقص نظرية العقل أو عمى العقل Mind Blind، فنظرية العقل تتطلب نظامًا تمثيليًّا وهذا يساعد على إعداد خريطة للحالة العاطفية للآخرين، والأطفال يقومون بمشاركة الآخرين في حالات الشعور بهم، وهذا ما يفتقده الأطفال التوحديون(Baron–Cohen, 2001,247)

نظرية البرود العاطفي:

وتعرف هذه النظرية أيضًا بالنظرية السيكولوجية (النفسية)، ومن أصحابها ليو كانر Leo Kanner مكتشف التوحد وهم يرون أن العلاقات المرضية داخل الأسرة ومواقف الوالدين تجاه الطفل ورفضه وضعف الاستجابة لمطالبه، تؤدي إلى عدم تكوينه لنماذج الانفعالات التي يبديها الآخرون، وبالتالي لا تنمو لديه اللغة ولا المهارات الحركية فينسحب داخل عالم من الخيالات ومن ثم حدوث التوحد. (مصطفى صادق والسيد الخميسي، ٢٠٠٤، ٦)

فأولئك يرون أن آباء الأطفال التوحديين باردون وقاسون ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحدي، وفسره برونو بيتلهيم Bruno Bettelheim أنه ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم وسماها (الأم الثلاجة) (مجدي غزال، ٢٠٠٧ ،١–٢٥) وتتمثل هذه الفرضية –الأم الثلاجة– في تلك العلاقة الفاترة بين الأم

والطفل، لبرود عواطفها وفتورها، ولكن لم تلق هذه النظرية قبولًا بين المهتمين في هذا المجال حيث إنه لا يمكننا القول بأن العلاقة المريضة أو الباردة بين الطفل ووالديه هي السبب في حدوث التوحد، حيث ثبت ومن خلال المقابلات التي أجريت مع آباء وأمهات التوحديين عدم وجود مثل هذه العلاقة المريضة (عبد العزيز المساعد، ٢٠١١، ٣٧)

نظرية اللقاحات:

ومفادها أنها تربط بين اللقاح الذي يعطى للطفل في نهاية العام الأول (اللقاح الثلاثي الفيروسيMMP) والتوحد، باعتبار أن هذا العمر– نهاية العام الأول – بداية التقدم في القدرات الكلامية ويفقد بعض أطفال التوحد القدرة الكلامية خلال العمر من ١٨–٢٠ شهرًا (محمد الدوسري وآخرون، ٢٠١٠، ١)

نظرية الاضطراب الأيضي:

وتفترض هذه النظرية أن يكون التوحد ناتجًا عن وجود ببيتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي وهذا التأثير إما أن يكون مباشرًا أو من خلال التأثير على تلك الببيتايدات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي مما يؤدي إلى اضطراب العمليات داخله (عادل العدل، ٢٠١٠،٢٦)

نظرية التسمم بالمعادن:

ومفادها أن التسمم بالمعادن الثقيلة مثل الرصاص والزئبق يسبب ضررًا بالدماغ وخاصة في مرحلة النمو (محمد الدوسري، ٢٠١٠،٢١)

وبالرغم من كل ما سبق من تفسيرات للبحث عن الأسباب وراء الإصابة بالتوحد إلا أنه لا يزال السبب وراء الإصابة بالتوحد لغزًا محيرًا، ولا يزال رهن البحث والدراسة (Hill& Frith, 2002:281)، (فطوم ، ٢٠١٠،١)

سمات الأطفال التوحديين:

يتسم الأطفال التوحديون بسمات تميزهم عن غيرهم، وهذه السمات تتمثل في عدد من جوانب الشخصية المختلفة: الجانب الاجتماعي، المعرفي، السلوكي ...

الجانب الاجتماعي:

يقضي الطفل التوحدي كثيرًا من وقته وحيدًا فريدًا أكثر من قضائه وقته مع الناس ولا يبدي أي اهتمام بتكوين صداقات ولا يستجيب إلى الإشارات التواصلية الأخرى كحركات العين أو الابتسامات (عبد الرحمن العيسوي،١٩٩٩، ٣٧٤)، والعنصر الأساسي في تخلف السلوك الاجتماعي لدى التوحديين هو غياب التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي فهم عاجزون عن التنبؤ بما سيفعله الآخرون وغير قادرين على تعديل سلوكهم بما يساير سلوك الآخرين (شاكر قنديل ،٢٠٠٠، ٨٩)

وتشير سوسن الحلبي (٢٠٠٥، ٥٥) أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

(أ) التجنب الاجتماعي :Socially Avoidant

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

(ب) عدم المبالاة الاجتماعية :Socially in different

وصفِ أَطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخر، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

(ج) الإرباك الاجتماعي:Socially awkward

يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي، ويؤكد ذلك دراسة (Gillson ,2000) حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في التفاعلات الاجتماعية، والأكثر انسحابًا في المواقف والتفاعلات الاجتماعية وذلك قياسًا بأقرانهم من المتخلفين عقليًا.

ويشير الباحثون إلى أن من الأعراض المتداولة عن الطفل التوحدى " الانسحاب من المواقف الاجتماعية " ، كما أكدت نتائج دراسات كلا من عادل عبد الله (٢٠٠٢) ، أميرة بخش (٢٠٠٢) ، ماجد عمارة (٢٠٠٥) على أن الأطفال التوحديين لديهم ميل للانسحابية ، وعدم التفاعل الاجتماعي ، والسلبية تجاه الآخرين ، فهم يظهرون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم ، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أى لقاءات عائلية ، وقصور شديد في الاستجابة للمثيرات البيئية ، والضعف العام في المجالات الاجتماعية ، بينما يرى بعض الباحثين أن الانسحاب لا ينطبق على جميع الحالات ، وهذا ما أكده شاكر قنديل (٢٠٠٠، ٢٩) في دراسته بأن بعض الأطفال التوحديين قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم ، ويحبون الألعاب التي تتطلب اتصالًا بدنيًّا ، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ن ويستمتع بمعانقته ، واحتضانه له ، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقًا حادًا إذا غاب عن حياتهم شخصًا مألوفًا لديهم.

(د) اختلال القدرة على التواصل وضعف استخدام اللغة:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، حيث يوجد لدى الأطفال التوحديين نقص واضح في اللغة، والاتصال اللفظي، وغير اللفظي، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحديين، فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها، والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسد.(ريتا جوردن، ستيوارت بيول :٢٠٠٧، ٢) وتتمثل مشكلات اللغة لدى حالات التوحد في التأخر في الكلام، وفى نقص النمو اللغوي، والترديد لما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي، إذن يمكننا القول بأن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم من هذه المشكلات (ماجد عمارة، ٢٠٠٥ ،٣١)

(هـ) المصاداة Echolalia

تعتبر من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين، وهي ترديد الطفل ما قد يسمعه توًّا وفى نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال. سوسن الحلبي(٢٠٠٥ ،٣٣) أو هي حالة كلامية تتميز بالترديد غير الإرادي

لما يقال من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم (عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدمياطي، ١٩٩٢، ٣٠)

ويعاني الأطفال التوحديون من بعض السلوكيات النمطية مثل ترديد الكلمات بشكل آلي مع ضعف في الانتباه، ونقص التواصل اللغوي، وصعوبة في التواصل مع الآخرين، والاستخدام العكسي للضمائر، وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة، فيشير الطفل التوحدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هي" ويستعمل "أنا" عندما يودّ أن يقول "أنت" (Rutter ١٩٩٨، السيد سليمان (٢٠٠٣، ١٥) فالطفل التوحدي يستبدل بالضمير "أنت"، الضمير "أنا"، وهذا ما أكدته نتائج دراسة عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤، ٦٤)، عثمان فراج (١٩٩٦، ٢٧)، حسنى حلواني (١٩٩٦، ١٥)، لويس مليكه(١٩٩٨، ٣٣)، آمال باظة(٢٠٠٣، ٤٥)، عصام زيدان (٢٠٠٤، ٢٥)، ربيع سلامة(٢٠٠٥، ١٦) أن الأطفال التوحديين لديهم قصور واضح في النمو اللغوي، مع تكرار المقاطع أو الجمل والكلمات دون اعتبار للمعنى والاستجابة للكلام بطريقة غير طبيعية ، وأن قدرتهم اللفظية تعد منخفضة جدا.

الجانب المعرفي:

الطفل التوحدي يتصرف وكأنه لم تكن لديه خبرة سابقة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به ولا يبدي اهتماماً للأشخاص الذين يعرفهم، وقد يبدي لا مبالاة للألم أو البرد أو يبدي بعضهم الخوف الشديد من الأشياء العادية والمعتادة لهم وقد يبدون سلوكًا عاديًّا لمواقف تمثل تهديدًا حقيقيًّا بالنسبة للطفل العادي (شاكر قنديل، ٢٠٠٠، ٦٠)، وبعض الأطفال التوحديين لا يستجيبون للضوضاء أو اللمس حتى يعتقد بأن الطفل أصم أو ضعيف البصر، وعلى العكس قد يبدي بعض آخر منهم استجابة مبالغ فيها (Scheuermann&Wrbber, 2002, 8)

ويدرك التوحديون العالم من حولهم من خلال رغباتهم واحتياجاتهم ولا يشغلهم ولا يلفت انتباههم سوى ما يرغبون، وهم لا يستطيعون أداء ألعاب الخيال ولا لعب أدوار الكبار ولا محاكاة الآخرين، لأنهم غير موجودين داخل عالمه الخاص (نادية إبراهيم أبو السعود، ٢٠٠٢، ٦٥)

والأطفال التوحديين يظهر عليهم في سن ما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي، وإذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة (آمال باظة ، ٢٠٠٣، ٢٥)

<u>الجانب السلوكي:</u>

- السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحدية، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة، وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة، وذات مدى ضيق وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك مما قد يؤدى إلى استثارة من حولهم، وأحيانا يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم (سميرة السعد، ١٩٩٨، ٣٢)

ويقوم الطفل التوحدي ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلى وأسفل، والمشي على أطراف الأصابع والدوران دون الإحساس بالدوخة، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدي إلى شيء يشد انتباهه (رشاد موسى، ٢٠٠٢، ١٨)

وفي كثير من الأحيان يقوم الطفل التوحدي بأداء حركات معينة، ويستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائيا ثم يعود إلى وحدته المفرطة أو انغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به، فهو إذن يمارس أنوعًا سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي (ماجد عمارة ، ٢٠٠٥، ٣٢)، (2005,19) Wolf.

وهذا السلوك النمطي يتضمن:

- حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة.
- إيذاء النفس بشكل مستمر.

- هوس الرتابة وعدم احتمال التغيير.
- صدى كلامي.
- رفة العينين ونغز متكرر، رفرفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.(Biklen (2002,10

وأن هذا السلوك النمطي المتكرر يرجع إلى:

- ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي.
- إتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب اهتمام.
- الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومى له.
- عدم القدرة على ملاءمة السلوك مع الموقف.
- خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وفى حجمها.
- تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ. (Trenpaypier,(1996.2

- البرود العاطفى الشديد:

إن كثيرًا من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجاوب طفلهم مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له، أو محاولات تدليله أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يظهر اهتمامًا بحضورهم أو غيابهم، وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. وتنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية، فلديهم نقص واضح في الاستجابة للآخرين، وفي الانتباه إليهم، أو الاستجابة لمحاولات التدليل (عثمان فراج، ٢٠٠٢، ٥٦)

ومن الخصائص التي تلاحظ أيضًا على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحدًا، ولا يهتم بأن يكون وحيدًا أو في صحبة الآخرين فضلًا عن القصور في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، ١٩٩٥، ٣٣، عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢، ٣٥، نادية إبراهيم أبو السعود، ٢٠٠٢ ،٥٥، حسن عبد المعطي، ٢٠٠٣، ٥٦٤)

- يكون التوحد قبل سن الثالثة:

إن أهم ما يميز التوحدية عما سواها هو أنها تبدأ في الطفولة المبكرة بصورة واضحة، وأن لها خصائص وسمات معينة تميزها عن الإعاقات الأخرى، فتبدأ مبكرًا خلال العامين الأولين من حياة الطفل وقبل ثلاثين شهرا على الأكثر ويستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (٥) أطفال من بين كل ١٠٠٠٠ آلاف طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور به (٤-١) أضعاف الإناث

Newsom, (1994) America Psychiatric Association& Hovanti:1996. عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١، ٦٥، آمال باظة، ٢٠٠١، ٥٣، عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢، ٤٥، عادل عبد الله، ٢٠٠٢، ٤٦، رشاد موسى، ٢٠٠٢، ٣١٢، أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٣٥)

- يعاني من نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

بالرغم من أن الطفل التوحدي يظل مستغرقا لفترة طويلة في سلوكيات نمطية إلا أنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو النفس أو نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين في رعايته وتأهيله ويتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والرفس، وتشكل عدوانيته إزعاجا مستمرًا لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلا لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك، وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعضّ نفسه حتى يدمى نفسه أو يضرب رأسه في الحائط أو في بعض الأثاث ما يؤدى إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام وقد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه (Jordan,1995,164، جمال الخطيب وآخرون، ١٩٩٨، ٤٠)

ويقوم الطفل التوحدي بربط يده ثم يقوم بفكها أو يظل يضرب وجهه بيده، أو يقوم بإيذاء نفسه كما يحدث في حالات قيامه بإزالة القشور أو الجلد العالق في جروحه، وقد يوجه الطفل التوحدي عدوانه وإيذاءه إلى الآخرين، فقد يضرب طفلا آخر دون سبب، وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة حتى يبقى وحيدًا. (Ellis (1990,191

- انخفاض مستوى الوظائف العقلية:

بعض الأطفال التوحديين لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة إلى درجة غير عادية، مثل الحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة أو الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة على الرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرؤون، بل إن أداء بعض الأطفال التوحديين في بعض الاختبارات العقلية في مقياس وكسلر للذكاء قد يكون عاديًّا وقد يكون مرتفعًا. Shash et.al. (1993, 137)

إن حوالي ٤٠% من الأطفال التوحديين لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٥) درجة وحوالي ٣٠% يتراوح معامل ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء، وأن حوالي٢٠% من التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي (جمال تركي، ٢٠٠٤، ١٣٥)

أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات في النمو العقلي، وعلى الرغم من ذلك تُظْهِرُ بعض الحالات تفوقًا ملحوظًا مع ظهور تفوق في مجالات معينة مثل المهارات الميكانيكية، كتشغيل الإنارة، وحل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين، ومهارة العزف على الآلات الموسيقية (عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٠، ١٢٥)، وهذا ما أكدته دراسة كل من دافيز وآخرون Davies et. al, (1994)، وزوريك Wzorek (1994) فبالرغم من وجود بعض من المهارات الاستثنائية لدى الأطفال التوحديين إلا أن لديهم عيوب إدراكية عامة ولديهم قصور في إدراك التعبيرات الخاصة بالوجه ولكن لا نستطيع القول بأن لديهم جمود إدراكي، وكذلك يعاني الأطفال التوحديون من ضعف في الإدراك، والانتباه، والوظائف العصبية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٤،١٤٥، حسن عبد المعطى، ٢٠٠٣، ٥٧٦)

وتؤكد دراسات كل من: نلسن وإسرائيل Nelson, & Israel, (1991) وبوراك(Burack (1994,535 ، لوي وآخرون ، Lewy et.al (1994) على أن الأطفال التوحديين لديهم قصور شديد في الانتباه خاصة الانتباه الانتقائي ، فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على شيء محدد ضمن أشياء متعددة.

- قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:

الطفل التوحدي لديه مشكلات في الطعام والتغذية والشراب، كما أن اضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١،٩٥)

ولديهم أيضًا قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون ممن هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن (٥) أو (١٠) سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمنى سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه، أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه، أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه، أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه، وفي نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي قد يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق (عثمان فراج، ١٩٩٦،٧٦، ماجد عمارة، ٢٠٠٥، ٣٧)

- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

الأطفال التوحديون يعانون من عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقديرهم للمخاطر التي يتعرضون لها المرة تلو الأخرى على الرغم من الأضرار التي تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم، ويعانون من شذوذ في الإدراك فكثيرًا ما يستجيب الأطفال بطرق غريبة وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التي لا يسمعها الآخرون إلا بصعوبة

أو يغلقون آذانهم تحسباً لسماع أصوات مرعبة (لورنا وينج، ١٩٩٤، ٨٩)

وتبدو على أطفال التوحد كما لو أن حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي ، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع وغالبا ما يظهر الأطفال المصابون بالتوحد زيادة أو نقص في الاستجابة للمثير الحسي بكل أشكاله البصري ، والسمعي ، واللمسي ، والألم ، ونجدهم قد يتجاهلون بعض الإحساسات مثل الألم ، والحرارة ، والبرودة، بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل قفل الأذنين تجنبًا لسماع صوت معين ويتجنبون أن يلمسهم أحد و يظهرون انبهارًا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح (عثمان فراج، ١٩٩٦، ٥٦، وإلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ١٦٠، وعمر ابن الخطاب خليل، ١٩٩١،٥٢٩)

كذلك فإن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى والتفكير بالصور وليس بالكلمات وأيضا يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في وقت واحد كالسمع فقط أو الإبصار .... إلخ (محمد كامل، ٢٠٠٣، ٦٢)

وبعض الأطفال التوحديين يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم، أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف، أو تقريبها إلى العين، والبعض الآخر قد يثبت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه، وأن بعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سوية مثل تجاهل الأصوات ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس واختفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة (Creak, et.al: 2003, 154)

علاج التوحد:

تتعدد أساليب علاج اضطراب التوحد وتتنوع تبعًا للنظريات المفسرة له، وفيما يلي بعض منها:

العلاج النفسي:

يركز هذا النوع من العلاج على أهمية العلاقة النفسية والانفعالية الناجحة والمشبعة مع الأم، لأنه وباختصار شديد هذا العلاج تبع للنظرية السكولوجية (النفسية) في تفسير التوحد، فهو يعتبر أن الآباء هم السبب في التوحد من خلال العلاقة الباردة والمريضة داخل الأسرة، واعتمد في ذلك على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما لم يعش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقته مع الأم.

وهم يرون أن التوحد ينتج عن خبرات البيئة غير السوية، ولذلك فتعرض الطفل للخبرات البيئية الإيجابية وتوفير مواقف تتسم بالدفء والرعاية والضبط قد يخلص الطفل من هذا الاضطراب، ولكن رغم كثرة الأبحاث في هذا المجال إلا أنها لم تكن ذات فاعلية بدرجة كبيرة مع هؤلاء الأطفال (عبد العزيز الشحص، السرطاوي، ١٩٩٩، ٩٤)

العلاج الطبي:

ليس هناك علاج دوائي للتخلص من اضطراب التوحد، ولكن يمكن استخدام بعض العقاقير التي تستخدم لعلاج القلق والاكتئاب لتهدئة أعراض محددة من التوحد مثل الأدوية التي تشتمل على فلوكستين، وفلوفاكسومين، ولوفوكس.... وقد وجد أن حوالي ٦٠% ممن استخدموا فلوكستين قد أصبحوا أقل عدائية وأقل هيجانًا، وأكثر قدرة على استيعاب المتغيرات الحاصلة في بيئاتهم (فادية حمام، ٢٠٠٦، ٦٦)

وبالرغم من البحوث الكثيرة التي أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدي، ولكن لابد أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد على تحسين قدرات الطفل التوحدي.

العلاج بالحمية الغذائية:

تعتمد الحمية الغذائية للتوحديين على الأغذية الخالية من الكازيين والجلوتين (Casein and Gluten free Diet) وتنص هذه النظرية على أنه لدى الأطفال التوحديين زيادة في مادة الأفيون المخدر، ومصدر هذه المادة الأفيونية الحليب أحيانًا وهذه المواد عبارة عن بروتينات نتجت عن عدم هضم الكازيين والجلوتين، حيث أثبتت دراسات خاصة بتحليل عينات بول (٥٠٠٠) حالة توجد أن هناك مركبات مورفينية أو شبه أفيونية مخدرة لدى أكثر من ٨٠% منهم، وهذه المركبات وجدت في الدم أيضًا وهذه المواد تفوق قوتها قوة الهيروين والمورفين المخدر ٢٠٠ مرة، والعلاج بالحمية الغذائية سوف يؤدي إلى التحسن في:

- ازدياد معدلات التركيز والانتباه.
- انخفاض معدل السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات.
- تحسن في عادات النوم، والطعام.
- تحسن في التناسق الجسدي. (موضي الشارخ، ٢٠١٢، ٥٣)

العلاج الطبيعي:

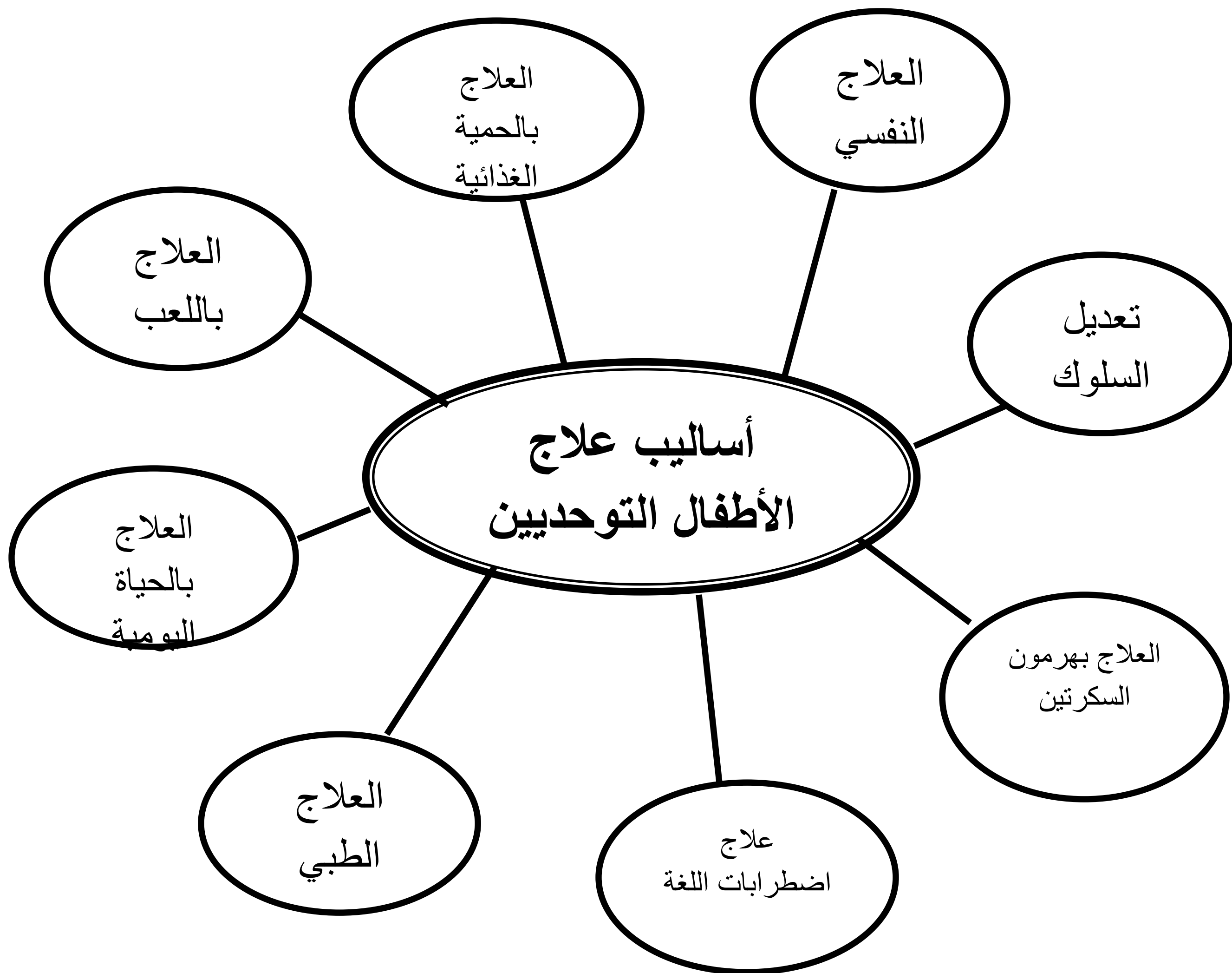
يعد العلاج الطبيعي عبارة عن مجموعة برامج علاجية تدعم وتنمي قدرات الشخص الذي يعاني من الإصابة أو الخلل الوظيفي، وذلك لتمكينه في النهاية من الاعتماد على ذاته في تلبية احتياجاته الحياتية، وتأدية الدور الذ يتناسب

مع قدراته وإمكانياته المتبقية، ويعتمد بشكل أساسي على التمرينات والتدريبات العضلية والحركية وتمارين التوازن وأساليب التدليك اليدوي والكهربائي .... الخ ولابد فيه من إشراك الأسرة في خطة العلاج والمتابعة للمصاب من قبل كل أفراد العائلة.

العلاج التربوي:

التعليم والتدريب هما أساس العملية العلاجية لأطفال التوحد، ومن أهم البرامج التربوية في ها الصدد: العلاج باللعب، والعلاج بالتكامل الحسي، العلاج بالتكامل السمعي، والعلاج التعليمي الفردي.

هذا التنوع الكبير في الأساليب العلاجية يدلنا على مدى الاهتمام من جانب عدد كبير من المتخصصين في المجالات المختلفة، ولكن لابد أن نعي أن نجاح بعض أساليب التدريب والتأهيل، والتفاعل التربوي والاجتماعي مع حالة من حالات التوحد ليس معناه نجاحها، فكل طفل توحدي هو حالة فريدة في ذاتها لها خصائصها وسماتها التي تميزها.



شكل (٢)

يوضح أساليب علاج الأطفال التوحديين

ثالثاً: (إيذاء الذات): self-injurious behavior

السلوك العدواني: Aggressive behavior

رغم ما يعيشه إنسان هذا العصر من مدنية وتقدم تكنولوجي وما يتمتع به من رفاهية إلا أن هذه المدنية الحديثة – وإن حققت للإنسان الراحة المادية – فهي لم تستطع أن تحقق له الراحة والسعادة النفسية الحقيقية، ناهيك عن أن

مشاعر القلق والخوف والإحباط الناجمة عن الصراعات والتوترات تجعل الأجواء مهيأة لمزيد من العدوان على أشكاله (ياسين أبو حطب، ٢٠٠٢، ٢٠)

والعدوان: هو –عادة–هجوم على الآخرين كاستجابة للمعارضة أو المخالفة يفسره أدلر بأنه: إرادة إظهار القوة على الآخرين، وعند فرويد فهو الإظهار أو الإسقاط الشعوري لغريزة الموت أو الفناء، وعند آخرين هي الحاجة لمهاجمة أو إيذاء الآخر لتحقيره أو ضرره أو السخرية منه أو اتهامه بخبث أو عقابه بقسوة أو الدخول معه في أعمال سادية.

تعريف السلوك العدواني:

لم يتفق الباحثون فيما بينهم على تعريف محدد للعدوان، ولذا اختلفت التعريفات وتعددت، مما يوحي بأن العدوان سلوك معقد، وأسبابه كثيرة ومتشابكة، فنجده تارة هو: الاستجابة التي تعقب الإحباط، ويراد بها إلحاق الأذى بفرد آخر أو حتى بالفرد نفسه، أو هو السلوك الذي يشير إلى أي أذى مقصود يلحقه الفرد بنفسه أو بالآخرين، سواء كان هذا الأذى بدنيًّا ،أو معنويًّا مباشرًا ،أو غير مباشر ،صريحًا أو ضمنيًّا ، وسواء أكان وسيلة أو غاية في ذاته ،ويدخل في هذا السلوك أيضًا التعدي على الأشياء والمقتنيات الشخصية سواء كانت ملكًا للشخص نفسه أو لغيره.

وهو سلوك يمكن ملاحظته وقياسه، مقصود أو غير مقصود، ويترتب عليه إيذاء النفس أو الآخرين، أو إيقاع الضرر النفسي أو البدني أو المادي، أو العدوان على الممتلكات الخاصة بالشخص المعتدي أو بالآخرين، وهو نوع من السلوك الاجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة والاستقلال، وإيذاء الآخرين تعويضًا عن الحرمان أو بسبب الإحباط، يتساوى في ذلك أكان الاعتداء بالقول أو بالفعل أو بالتقرير أو بإشارة يقصد بها إلحاق الأذى أو الدمار بذاته أو بالآخرين (زكريا الشربيني، ٢٠٠٠،١٦٣، ياسين أبو حطب،٢٠٠٢، ٢٤، نوال يوسف، ٢٠٠٣،١٨)

ومما سبق يتضح أن العدوان سلوك مشكل، ويسبب إزعاجًا للآخرين المحيطين من الوالدين أو المعلمين ... وهو بحسب من يقع عليه العدوان (الاتجاه) ينقسم إلى أنواع ثلاثة:

- النوع الأول: موجه نحو الآخرين في البيئة المحيطة.
- النوع الثاني: موجه نحو الذات.
- النوع الثالث: عدوان موجه نحو الممتلكات بهدف تخريب ممتلكات الآخرين انتقامًا منهم.

(فائقة محمد بدر، ٢٠٠١، ١٠٧)

الفرق بين العدوان وبعض المصطلحات:

بين العدوان والعنف Aggression &Violence

العنف سلوك ظاهر شديد التدمير، القصد منه إيذاء الآخر أو تحطيم الممتلكات، والعدوان والعنف وجهان لعملة واحدة، والعنف شكل من أشكال العدوان فكل عدوان عنف وليس العكس، والعنف له طابع مادي بحت وأما العدوان يشتمل على المظاهر المادية والمعنوية معًا، أي أن العدوان أكثر عمومية من العنف (حسين فايد، ٢٠٠٥، ٨٥)

بين العدوان والغضب Aggression & Anger

الغضب ضروري للإنسان حيث إن فقدان الغضب يعتبر نقصًا في الإنسان، وأما الإفراط فيه بحيث يخرج الإنسان عن العقلانية والحكمة ويفقد الإنسان بصيرته فذلكم هو الغضب المذموم، وكذلك التفريط فيه هو تعبير عن ضعف النخوة واحتمال الذل، فالغضب المحمود هو الذي يتطابق مع العقل ويواكب الدين، فهو استجابة انفعالية داخلية تتضمن شعورًا بالتهديد، وردود فعل أدرينالية، تهيئ الفرد للاعتداء على مصادر تهديده (منصور حسين،٢٠٠١، ٦٠)

بين العدوان والعدائية Aggression &Hostility

يميز بعض الباحثين بين الشعور بالعداوة وبين السلوك العدواني، فالشعور بالعداوة انفعال من شخص معين موجه إلى شخص آخر، وأما العدوان فهو فعل ضد شخص آخر فهو بمثابة تعبير ظاهر عن الشعور بالعداوة ضده (نبيل حافظ، نادر فتحي، ١٩٩٣،٤)

فكأن العداوة إذن هي انفعال داخلي يتحول إلى عدوان إذا ما تجاوز الانفعال إلى سلوك، وقد نقل عن Zillman, 1990 أن العدوان هو كل نشاط يقصد به الإيذاء البدني أو الألم لشخص آخر بينما أي نشاط يقصد به إيذاء الآخرين دون أن يتضمن ذلك الإيذاء البدني فهو سلوك عدائي.

بين العدوان والشجار Aggression &Quarreling

الشجار Quarreling والعدوان Aggression كلاهما ينطوي على شحنة انفعالية ويرتبطان ببعضهما والشجار سببه عدم قدرة الطفل على إقامة علاقة اجتماعية أكثر نضجًا ويختلف العدوان عن الشجار في أن العدوان فعل فردي يبدأ بالشجار بينما ينطوي الشجار على مناقشة وجدال ومحاورة غاضبة (زكريا الشربيني، ٢٠٠٠،٨٢)

النظريات المفسرة للعدوان:

تعددت وجهات النظر في تفسير السلوك العدواني، ومن أهم النظريات:

نظرية الغرائز Instinctual theory

وهي تضم العديد من وجهات النظر منها: المدرسية الفرضية، والتحليل النفسي، الأيثولوجية (علم الأخلاق)، ولقد عرف ماكدوجال –مؤسس المدرسة الفرضية والرائد الأول لنظرية الغرائز – الغريزة بأنها: استعداد فطري نفسي يولد الكائن مزودًا به، ويهيئه لأن يسلك سلوكًا خاصًا في المواقف المختلفة، وذلك بأن يدرك المثير لهذا الموقف ويشعر بانفعال خاص بهذا المثير ثم ينزع إلى تصرف ملائم إزاء هذا الموقف.

ومن وجهة النظر التحليلية:

يرى فرويد Freud أن: العدوان هو الدافع الأساسي والمحرك الرئيس للإنسان شأنه شأن بقية الدوافع الفسيولوجية الأخرى كالمأكل والمشرب والمأوى، وهو ناتج حتمًا من أن الغريزة الجنسية وغريزة ضغط الذات عاقتا غريزة الموت، بينما يرى أدلر أن العدوان هو أساس الرغبة في التمايز والتفوق، وهذا ما دعاه إلى أن يقرر أن العدوان هو إرادة القوة، وأن إرادة القوة هي أساس الدوافع الإنسانية.

ومن وجهة نظر علم الأخلاق – الأيثولوجية–:

يرى لورنز Lurenz أن ثمة نزعة فطرية للسلوك العدواني لدى الكائنات الحية ومن بينها الإنسان، مما ساعد على بقائه وتبعًا لذلك فقد انتقل(العدوان)من جيل لآخر كجانب من تكوينه الوراثي (كاشمان، ١٩٩٦،٣٤).

أن الإنسان خير بطبعه ولكن فطرته تتغير حينما يخالط الآخرون، وهو يستدل على ذلك بحديث الرسول الكريم " كل مولود يولد على الفطرة، فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه ...." (صحيح البخاري، ١٩٨٧، ح ١٢٩٦) (ياسين أبو حطب، ٢٠٠٢،٣٨).

وبذلك فهو يؤكد على مدى أثر التنشئة الاجتماعية في صناعة السلوك الإنساني، فالنفس الإنسانية ليست شرًّا محضًا، وإنما هي قابلة للفجور وللتقوى "فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا" (سورة الشمس،٨)

نظرية الإحباط – العدوان Frustration Aggression

ربط بعض الباحثين بين العدوان والإحباط ومنهم أشهرهم ميللر Miller وسيرز Sears، وماورر Mawrerr وهو أن الإحباط شرط ضروري لحدوث العدوان، إن استخدام لفظ الإحباط يعني أننا نريد شيئًا أو نريد أن نفعل شيئًا ولكننا نجد أنفسنا عاجزين عن تحقيق ذلك، فنحاول ونكرر ولكن دون جدوى، ومع ذلك فما زلنا نرغب فيه، فهذه الرغبة والحيلولة دون الوصول إلى تحقيق الهدف هي ما يجعلنا ننفس عن مشاعرنا على الناس من حولنا أو الممتلكات.

ويرى بعض أصحاب هذه النظرية أنه لا يمكن أن يكون الفعل العدواني ناتج عن استعداد فطري، كما رفضت التولد التلقائي للطاقة العدوانية، وافترضت أن السلوك العدواني ينبثق أساسًا من مثير واقعي خارجي لإيذاء أو ضرر الآخرين (علاء عبود، ١٩٩٤،٤٥)

وتتلخص العلاقة بين الإحباط والعدوان في:

- يزيد الميل إلى السلوك العدواني كلما زاد شعور الفرد بالإحباط، ويعتمد هذا على أهمية الاستجابة المحبطة.
- يتوجه العدوان ضد ما يدركه الفرد أنه مصدر لإحباطه.
- محاولة منع السلوك العدواني هي بمثابة إحباط جديد، يتوجه إلى المصدر الأصلي.
- يرتد العدوان إلى الذات إذا لم يستطع الفرد توجيه عدوانيته إلى مصدر الإحباط لقوته ولم يجد مصدرًا آخر يزيح إليه عدوانيته.
- تستنفذ استجابة العدوان جزءًا كبيرًا من الطاقة النفسية عندما تصدر ولذا لا يتوقع أن يصدر عن الفرد استجابة أخرى (علاء كفافي، ١٩٩٠،٣٢٦)

ولا يكون الإحباط دائمًا هو الدافع وراء العدوان، وأنه يمكن للعدواني تقليد السلوك، كما تكلم عن ارتباط الغضب بالعدوان، وأن الغضب يمكن أن يكون هو الانفعال الذي يحرك هذه الغريزة (محمد الشريف، ١٩٩١، ١٣،١٤)

ولقد وجه لهذه النظرية عدد من الانتقادات كان من أهمها:

- ليس دائمًا الإحباط وبمصاحبة الغضب هو الدافع وراء العدوان.
- تتجاهل النظرية كثيرًا من الأفراد يوجهون لتعلم العدوان ويتم مكافآتهم بقدر قيامهم بهذا وبذا يكون الهدف هو الحصول على المكافأة وليس مجرد إيذاء الضحية.
- الانفعال الناتج عن الإحباط ليس بالضرورة هو العدوان.

وليس بالضرورة أن يؤدي الغضب الناتج عن الإحباط إلى العدوان إذا كان هناك وازع إيماني قوي يدفع الإنسان إلى أن يتحكم بغضبه، بحيث يكون غضبه وعدوانيته لله وليس انتصارًا لذاته، يقول الله تبارك وتعالى: {وَقَاتِلُوهُم حَتَّى لاَ تَكُونَ فِتْنَةٌ وَيَكُونَ الدِّينُ لِلَّه}.(سورة البقرة:١٩٣) (ياسين أبو حطب، ٢٠٠٢، ٣٩)

<u>نظرية التعلم الاجتماعي: Social learning theory</u>

يرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك العدواني والاستجابة له هي بمثابة نتيجة لتعلم عن طريق الملاحظة لنماذج عدوانية متوفرة في البيئة الاجتماعية، ولا يمكن فهم السلوك إلا بفهم البيئة التي يظهر فيها، فالسلوك يخلق البيئة والبيئة تؤثر على السلوك (صلاح عبود، ١٩٩١،٢٥)

وانقسم أصحاب هذه النظرية إلى قسمين: فمنهم من يرجع العدوان إلى أثر الثواب والعقاب والإحباط على سلوك الفرد خاصة في طفولته المبكرة خلال المراحل الأولى للتنشئة الاجتماعية، في حين يرى باندورا وروس دلاس أن العدوان مظهر سلوكي قابل للنقل والعدوى وأن الناس يتعلمون السلوك العدواني بمراقبة سلوك الآخرين وما يفعلون، ويمارسون أيضًا السلوك العدواني بسبب المكافأة التي يحصلون عليها (محمد الشريف، ١٩٩١،١٦)

فالسلوك العدواني إذن مكتسب من خلال الملاحظة والتقليد، وللجماعة دور في تعلمه واكتسابه عن طريق النماذج، أو تعزيز السلوك بمجرد حدوثه، وبالتالي تؤكد هذه النظرية على: التعلم بالملاحظة والتقليد، والثواب والعقاب، والدافع الخارجي المحرِّض على العدوان (سهام شريف، ١٩٩٢،٢٥، صلاح عبود، ١٩٩١،٢٥)

ويظهر العدوان في سلوكيات الأطفال التوحديين، حيث يعاني الأطفال التوحديون من سلوك انعزالي شديد ويتسم بعض منهم بالخمول، وبعض منهم يكون مخربًا وعدوانيًّا كثير الصراخ، وقد يعاني بعضهم من اضطرابات ونوبات غضب في المزاج، ومن سلوك إيذاء الذات مثل العض وشد الشعر وخبط الرأس بعنف (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٩٥، سوسن الحلبي، ٢٠٠٥، ١٤٥، محمد الفوزان، ٢٠٠٠، ١٤، محمد خطاب،٢٠٠٤، ٦٣)

ويفسر إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بأنه الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها الطفل ذو اضطراب التوحد مثل تشبيك الأيدي أو ثنيهما، أو ضرب الرأس في الحائط، وقد يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذي نفسه، ويفتقر بشكل واضح إلى الوعي بالأمان، وتنتابه نوبات غضب وبكاء مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك (عادل عبد الله، ٢٠٠٢، ٢٨)

وهو شكل من أشكال السلوك المضطرب، يعبر عن استجابات حركية مختلفة تنتهي بالإيذاء أو التلف الجسدي للشخص الذي تصدر عنه وغالبًا ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فوريًّا وتختلف في درجتها وشدتها ومداها مما يؤثر تأثيرًا سيئًا على الطفل وعلى المحيطين به، وعدم الاستفادة من البرامج التأهيلية والتعليمية والتدريبية والعلاجية (محمد خطاب، ٢٠٠٤،٦١)

فهو سلوك عدواني يتميز بالبدائية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس، وقد تشكل عدوانيته إزعاجًا مستمرًا لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة، أو عدم النوم ليلًا لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض .... الخ

<u>من خلال العرض السابق يتبين لنا أن:</u>

سلوك إيذاء الذات شكل من أشكال السلوك المضطرب، وأنه يعد تعبيرًا عن الرغبة في جذب انتباه الآخرين أو التعبير عن فكرة أو حدث معين لا يستطيع الطفل ذو اضطراب التوحد التعبير عنه بشكل لائق أو مقبول، وهو عبارة عن

مجموعة من الحركات الجسمية يأتي بها الطفل تتمثل في العض أو الخدش أو الرفس أو بعثرة أشياء على الأرض أو ضرب الرأس .... إلى غير ذلك ويكون مزعجًا للآخرين أو المحيطين ممن يتعاملون مع الطفل، وجدير بالذكر أن هذا السلوك العدواني الموجه نحو الذات ليس حكرًا على الفئات الخاصة فحسب بل إنه قد يصدر عن الأطفال العاديين في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه يستمر بالحدوث وبشكل متكرر ومزمن لدى بعض الأفراد المعوقين وبخاصة منهم ذوي الإعاقات الشديدة.

وعليه ومن خلال ما سبق يعرفه الباحث بأنه: تلك الاستجابات الحركية المختلفة التي يأتي بها الطفل ذو اضطراب التوحد بهدف جذب الانتباه أو التعبير عن حدث أو فكرة تنتهي غالبًا بإيقاع الأذى الفوري على جسمه وتكون مصحوبة غالبًا بنوبات غضب.

إن سلوك إيذاء الذات من الاضطرابات السلوكية التي جذبت انتباه الكثيرين من المهتمين والباحثين في المجال، بغية إيجاد الحلول المناسبة لهذا السلوك المضطرب، ومن أبرز المجالات التي أسهمت نتائج أبحاثها في فهم وتفسير هذا السلوك أو تقديم أساليب فعالة في علاجه هما المجال الطبي، ومجال علم النفس السلوكي، ففي المجال الطبي هناك زملتان عضويتان لهما أعراض سلوك إيذاء الذات وهما: زملة ليش نيهان Lesch–Nyhan Syndrome ، وزملة كورنيليا دي لانج Corneliade Lange’s Syndrome وقد توصل الباحثون في هذا المجال إلى بعض العقاقير التي أسهمت قي التقليل من حدوث هذا السلوك، ومن أمثلة هذه الدراسات James, t. Luiselli, et al, 2001,63 والتي أوضحت أن الاتجاهات الحديثة في العلاج الكيميائي لاضطرابات السلوك توصي باستخدام مضادات الاكتئاب لعلاج هذه الاضطرابات، ولعل السبب في هذه التوصية باستخدام مضادات الاكتئاب ما لوحظ من أعراض سلوك إيذاء الذات لدى المرضى النفسيين، وقد أرجعت الدراسات أن السبب في تكرار سلوك إيذاء الذات هو الشعور بالاكتئاب، والتقليل من الانفعالات الحادة التي قد يصعب تحملها (Mary K Nixon, et al, 2001, 521) وأما فيما يخص الأطفال ذوي اضطراب التوحد فإن الأبحاث ركزت على استخدام عقار الريسبيريدون Risperidone للتقليل من سلوك إيذاء الذات لدى هؤلاء الأطفال، وذلك لقدرته على التقليل من حدوث نوبات العنف، وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال والراشدين ذوي اضطراب التوحد وأيضًا ذو فاعلية في علاج ضعف التواصل البصري والاجتماعي والسلوكيات التي تتسم بالنمطية

والتكرارية. (Christopher J. McDougall. Et al. 2005,1142)، ولم تقف اهتمامات المجال الطبي عند حد اختبار فاعلية العقاقير فقط وإنما امتدت إلى استخدام الصدمات الكهربية أيضًا، وأما في مجال علم النفس السلوكي فإنه المجال الذي أخذ على عاتقه دراسة السلوكيات المضطربة وتحديد الطرق الملائمة للتدخل والعلاج.

أشكال إيذاء الذات:

إن كثيرًا من الأطفال شديدي الاضطرابات وهم عادة الأطفال الذاتويون أو الفصاميون يؤذون أنفسهم بشكل متكرر ومقصود وبطريقة بالغة القسوة، وهذه الأنماط السلوكية متنوعة ومختلفة ولكنها تشترك جميعًا في عاقبة واحدة إذا تركت من دون معالجة وهي الأذى الجسدي (سحر ربيع، ٢٠٠٩، ٥٢)

فقد يلجأ الأطفال إلى صفع أنفسهم أو إلى ضرب أنفسهم بقبضة أيديهم وقد يخبطون رأسهم في الحائط أو الأرض أو قطع الأثاث أو يشدون شعرهم أو .... الخ.

ويمكن أن يأخذ السلوك بعض الأشكال التالية:

- ضرب الرأس بعنف Head Banging
- عض أجزاء من الجسم self–Biting
- شد الشعر Hair Pulling
- الضغط بشدة على العين Eye Gouging
- صفع الوجه Face Slapping
- ضرب الجسم بعنف Banging Body against Object
- الحرق Burning Parts of the Body
- الخدش Scratching
- القرص Pinching

ويتميز سلوك إيذاء الذات في حالاته المرضية بمعدله وشدته واستمراره، فهذا السلوك المنحرف يحدث بشكل متكرر، وبدرجة من الشدة والاستمرار لا يستطيع معها الطفل أن يقيم علاقات اجتماعية سوية ويكون في خطر من أن

يصبح –ومن صنع ذاته–مقعدًا مشلولا، ويعتبر الانتحار شكلًا من أشكال سلوك إيذاء الذات المتطرفة (محمد خطاب، ٢٠٠٤،٤٤)

ويعد تناول أشياء غير صالحة للأكل أحد سلوكيات إيذاء الذات –إيذاء الذات الجسدي– والذي يتضمن تناول مواد غير صالحة للأكل ، ولا يقتصر هذا السلوك على الأطفال ذوي اضطراب التوحد وحدهم ولكنه يوجد أيضًا لدى الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي Mental Retardation والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية Psychiatric Disorders ، فالعديد من الأطفال غير المعاقين يأكلون أقلام التلوين أو معجون الأسنان بالرغم من أن العديد من هذه المواد غير ضار مثل الورق أو الخيوط أو الثلج ، إلا أن بعضها قد يهدد حياة الطفل مثل : المعادن والزجاج والدهانات ومسحوق النظافة ، ولذا فإن سلوك إيذاء الذات يتطلب التدخل من كل من: الأخصائيين والمهنيين في تحليل السلوك (Scott,et al,2000:55)

وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عدوانه نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة في شكل عض أو خربشة أو قرص أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصواتًا، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، ويسكب الماء على الأرض .... الخ وغالبًا ما يكون الوالدين عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢،٤٠)

سمات الأطفال ذوي سلوك إيذاء الذات:

نوبات الغضب والهيجان:

الغضب أحد الانفعالات الهامة والأساسية التي يشعر بها كل إنسان، فهو يعد من الانفعالات العالمية، شأنه شأن المخاوف والحزن والسعادة فلا يتصور إنسان ينتمي لأي ثقافة إلا وتعرض لخبرة الغضب (محمد خطاب، ٢٠٠٤، ٦٢)

ولكن الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الإحباط من الملامح المميزة للأطفال التوحديين، وفي بعض الأحيان تتجه نوبات الغضب هذه إلى سلوك عدواني نحو الآخرين (الزريقات، ٢٠٠٤، ٤٠)

الشعور بالألم:

ينشغل الأطفال ذوو اضطراب التوحد بسلوكيات تؤذيهم، ومن هذه السلوكيات ضرب الرأس، والعض، وحك الجلد، وغيرها ولا يظهر الأطفال ذوو اضطراب التوحد الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكيات، وأن هذا السلوك –إيذاء الذات –يثير الرعب لدى الآخرين ويؤدي إلى صعوبات في التفاعلات الاجتماعية، وهذا السلوك يعالج من خلال إجراءات تعدل السلوك (الزريقات، ٢٠٠٤، ٥٣)

الفصل الثالث: دراسات سابقة ذات الصلة وفروض الدراسة

- **أولًا:** دراسات تناولت فاعلية البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين.
- **تعقيب**
- **ثانيًا:** دراسات تناولت أثر تنمية بعض المهارات في خفض بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال التوحديين.
- **تعقيب**
- **ثالثًا:** دراسات تناولت برامج إرشادية ووقائية لخفض سلوك إيذاء الذات وتحسين السلوك التوافقي.
- **تعقيب**
- **رابعًا:** فروض الدراسة

الفصل الثالث

دراسات سابقة وفروض الدراسة

أولًا: دراسات تناولت فاعلية البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد:

١- دراسة (Gerdtz,2000):

هدفت الدراسة إلى تقييم برامج العلاج السلوكي المقدمة للمراهقين التوحديين داخل الغرفة الصفية، وأجريت الدراسة على طالب واحد (١٦ سنة) يعاني من اضطراب التوحد، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج السلوكي في تقليل السلوكيات السلبية لدى الطالب داخل الغرفة الصفية بشكل ملحوظ، بل ووجود تأثير طويل المدى لهذا النوع من العلاج على تصرفاته وسلوكياته.

٢- دراسة الشمري ٢٠٠٠:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج العلاجية، حيث أوضح في دراسته أن هناك اهتمامات بحثية ونتائج أبحاث متتالية في جوانب متعددة: فسيولوجية، وعصبية، وأيضية، وجينية، واتضح أن التداوي الغذائي وتعديل السلوك والعلاج المنظم والدمج الحسي مهم جدًّا في نجاح برامج خدمات الطفل التوحدي، وهذا مدعاة للتركيز على استراتيجيات العلاج الخاصة بالتوحد، مع الأخذ بعين الاعتبار أنه حتى الآن لا يتوفر علاج للاضطرابات التي تحدث في الدماغ والتي ينتج عنها الإصابة بالتوحد.

٣- دراسة فليوبرج،هـ(٢٠٠١):

وهدفت الدراسة إلى المقارنة ين مجموعة من الأطفال التوحديين ومجموعة أخرى من المتخلفين عقليًّا-زملة أعراض داون- في مجموعة من الأبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال من التوحديين و(٦) أطفال آخرين من ذوي متلازمة داون ، تراوحت أعمارهم من ٤-٧ سنوات، وقد أسفرت النتائج عن أن الأطفال التوحديين يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه، وللتعبير عن العمليات الإدراكية، والانفعالية مما يجعلهم أكثر انسحابًا في المواقف التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي مقارنة بالأطفال من ذوي متلازمة داون.

٤- دراسة آل مطر(٢٠٠١):

وهدفت الدراسة إلى معرفة المتغيرات التي تطرأ على أبعاد السلوك التكيفي بازدياد العمر الزمني لأفراد العينة، على ١٥١طفلا توحديًّا، و٨٧ طفلا معاقًا عقليًّا إعاقة بسيطة. باستخدام مقياس فينلاند للسلوك التكيفي، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نمو مستوى أداء الأطفال التوحديين في أبعاد: التواصل، ومهارات الحياة اليومية، واللغة، والتعبير، وفي مجال الأنشطة المنزلية وذلك بازدياد أعمارهم الزمنية.

٥- دراسة (Zingale, et al,.2002):

وهدفت إلى تقييم إيجابيات استخدام برنامج تيتش TEACCH في علاج الأطفال الذين يعانون من التوحد مقارنة بدمج هؤلاء الأطفال وذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم النظامي، وتكونت عينة الدراسة من ٦ أطفال قسموا إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وأسفرت النتائج عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تطور مهارات الأطفال الاجتماعية في المجموعة التي خضعت لبرنامج تيتش، وكذلك نتائج أفضل فيما يتعلق بالعلاج والتعليم مقارنة بالمجموعة الضابطة، وبالتالي فاعلية البرنامج في علاج الأطفال الذاتويين.

٦- دراسة (George&Foley,2002):

وهدفت إلى تقييم فاعلية برنامج لوفاس LOVAAS في علاج أطفال التوحد عند دمجهم مع برنامج علاجي وظيفي آخر واستخدامهما معا في التدريب على المهارات الحركية وفي التخلص من العجز في الوظائف الحسية، وتم مقارنة نتائج الاستخدام الثنائي لبرنامج لوفاس والبرنامج العلاجي الآخر مع النتائج التي حققها استخدام برنامج لوفاس بمفرده على طفل يعاني من اضطراب الذاتوية عمره ٤ سنوات، وأسفرت النتائج عن عدم حدوث تطور ملحوظ في المهارات الحركية الكلية، وفي الوظائف الحسية لدى الطفل رغم وجود بعض التطورات في الوظائف الفرعية في النظام الحركي.

٧- دراسة :Salt, Jaif (2003)

وهدفت إلى تحسين مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي والنمو الانفعالي لدى الأطفال من ذوي اضطراب التوحد، تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل وطفلة ممن يعانون من اضطراب التوحد، وتتراوح أعمارهم من ٤-٧ سنوات، وتم تطبيق البرنامج بشكل فردي ومكثف، وقد أسفرت النتائج عن التأكيد على أهمية التدخل المبكر لعلاج مهارات الاتصال المختلفة، والتواصل الانفعالي، والاجتماعي لدى الأطفال من ذوي اضطراب التوحد.

٨- دراسة (Carothers &Taylor,2004):

وهدفت الدراسة إلى تدريب الأطفال التوحديين الذين لديهم عيوب في القدرات الوظيفية على إتمام أعمالهم بأنفسهم لإتقان مهارات العناية بالذات من خلال فنيات ثلاث يمكن استخدامها في المنزل والمدرسة وهي:

- النمذجة بالفيديو.
- الجداول المصورة.
- تدريس الأقران أو الأشقاء.

وأسفرت النتائج عن فاعلية الفنيات المستخدمة في تحسين مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد خاصة إذا ما تم التعاون بين الآباء والمعلمين معًا.

٩- دراسة نشوى عبد الحليم(٢٠٠٤):

وهدفت الدراسة إلى رفع مستوى النضج الاجتماعي وإحداث قدر من التوافق بين الطفل التوحدي والآخرين من خلال برنامج الدراسة المقترح، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلًا توحديًّا تتراوح أعمارهم الزمنية من ٧-١٢ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين كل منهما تكونت من (١٥) طفلًا (١٢) ذكور، (٣) إناث، وكانت أدوات الدراسة هي: مقياس الطفل التوحدي، مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي، قائمة تقدير المهارات الاجتماعية، استمارة دراسة حالة، البرنامج التدريبي المقترح، وقد أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج في تنمية مستوى النضج الاجتماعي وإحداث قدر من التوافق بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد والآخرين.

١٠- دراسة رأفت خطاب ٢٠٠٥:

وهدفت الدراسة إلى تنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين باستخدام بعض الفنيات الإرشادية من خلال النظرية السلوكية، والتعرف على مدى التحسن في الانتباه بعد البرنامج، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال توحديين من فئة التوحد البسيط، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وتتراوح أعمارهم من ٩-١٤ سنة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها وذلك وفقاً للمقياس المستخدم.

١١- دراسة أسامة مدبولي٢٠٠٦:

وهدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فاعليه برنامج TEACH في إحداث تحسن في التفاعل الاجتماعي للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، ودمجهم في المجتمع بصورة جيدة ومعاونة الأسرة في التعامل معهم بصورة

مناسبة، وتكونت عينة الدراسة من١٦ طفلًا توحديًا، وتتراوح أعمارهم ما بين ٦-٩سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، في كل مجموعة ٦أطفال من الذكور، و٢ من الإناث، وكانت أدوات الدراسة:

- مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي لدى الطفل التوحدي. (إعداد الباحث)
- الجزء الخاص بالتفاعل الاجتماعي من برنامج TEACH.

وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

١٢- دراسة رضا كشك ٢٠٠٧:

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصل باستبدال الصور في تنمية مهارات التواصل الوظيفي (الطلب، الاختيار، الاعتراض، التعليق، الانتباه المشترك، التقليد) لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد وأمهاتهم، وتتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ سنة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة مع مراعاة التجانس بين المجموعتين، وأسفرت النتائج عن تحسن في مهارات التواصل الوظيفي عند أفراد المجموعة التجريبية نتيجة البرنامج.

١٣- دراسة فايزة عبد اللاه ٢٠٠٩:

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين والتحقق من مدى كفاءة البرنامج في تحقيق الهدف، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال من ذوي اضطراب التوحد تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية:

- قائمة تقييم أعراض التوحد.
- مقياس جوادرد للذكاء.
- استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- قائمة المظاهر الانفعالية للطفل التوحدي.
- استمارة ملاحظة سلوك الطفل التوحدي.
- البرنامج السلوكي.

وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج في تنمية التعبيرات الانفعالية التي تضمنها البرنامج (سعيد، حزين) وكذلك في تنمية بعض مهارات العناية بالذات والتفاعل الاجتماعي والانفعالي، والحركي.

١٤- دراسة عماد محجوب ٢٠١٠:

وهدفت هذه الدراسة الى تقييم فاعلية برنامج PECS في تنمية مهارات التواصل الوظيفي لدى مجموعة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد وخفض المشكلات السلوكية لديهم، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال توحديين تتراوح أعمارهم من ٥ : ١٠ سنوات وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وقد أسفرت النتائج عن تحسّن في مهارات التواصل الوظيفية لدى الأطفال التوحديين وانخفضت حدة المشكلات السلوكية (كالسلوك النمطي، والعدوان والفوضوية ونقص الانتباه والسلوكيات غير المقبولة اجتماعيًّا)

١٥- دراسة عهود العسكر ٢٠١١:

وهدفت الدراسة إلى معرفة فعالية البرنامج المقترح في تنمية بعض المهارات وجوانب القصور لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، وكذلك معرفة الأفكار السلبية داخل أسر هؤلاء الأطفال ومعالجتها، وقد تكونت عينة الدراسة من ٥ أسر لأطفال توحديين من فئة التوحد البسيط، أعمارهم ما بين ٣-٩سنوات، وجميعهم ينتمون إلى المستوى: الاقتصادي، الاجتماعي، التعليمي المتوسط، وقد أسفرت النتائج عن التحسن في سلوكيات هؤلاء الأطفال نتيجة تدريب الوالدين، وتعديل الأفكار السلبية للوالدين.

١٦- دراسة أسامة فاروق، السيد الشربيني٢٠١٣:

وهدفت الدراسة إلى التعرف على اضطراب السلوك التكراري كعرض يعاني منه معظم أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، والتخفيف من حده الاضــطراب، وعلاج القصــور في العلاقات الاجتماعية من خلال برنامج إرشــادي أســري عقلاني انفعالي موجه للآباء لخفض مســتوى الســلوك التكراري وعلاج القصــور في العلاقات الاجتماعية لدى أطفالهم ذوي اضــطراب طيف التوحد بمدينة الطائف ، وقد تكونت عينة الدراســة من (١٠) أفراد من الآباء، و(١٠) أطفال من أبنائهم ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تتراوح نسبة ذكائهم مابين (٥٠- ٦٩)، وتتراوح أعمارهم الزمنية مابين (٩ – ١٥) سنة. واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

- مقياس السلوك التكراري. (إعداد الباحث)
- مقياس المهارات الاجتماعية (إعداد الباحث).
- مقياس ستانفورد بينيه العربي للذكاء (الطبعة الرابعة) إعداد / حنوره، مصري (٢٠٠١)
- مقياس السلوك التكيفى إعداد / صادق، فاروق (١٩٨٥).
- مقياس تقدير التوحد الطفولي. (طارق الشمري، زيدان السرطاوي، ٢٠٠٢).

- البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

وقد أسـفرت الدراسـة عن مجموعة من النتائج من أهمها: فاعلية البرنامج المقترح في خفض مسـتوى السـلوك التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتنمية مستوى المهارات الاجتماعية لديهم.

١٧- دراسة مشيرة سلامة ٢٠١٣:

وهدفت الدراسة إلى معرفة أثر تنمية الانتباه على اكتساب الأطفال التوحديين بعض المهارات الاجتماعية، وتصميم مقياس لقياس اضطراب الانتباه لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ من الأطفال التوحديين من ذوي التوحد المتوسط تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤-٦ سنوات، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأفراد العينة، وعن تغيرات إيجابية لانتباه الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج، وتغيرات كيفية إيجابية للمهارات الاجتماعية.

١٨- دراسة ياسمين مصبح ٢٠١٤:

وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية على مهارات المحاكاة واللعب الإيهامي في ضوء نموذج ويلفبرج، تكونت العينة من ٤ أطفال من ذوي اضطراب التوحد، و٨ أطفال من العاديين، وأسفرت النتائج عن زيادة نسبة الوقت الذي يقضيه الأطفال التوحديون في أبعاد اللعب الاجتماعي الأكثر تعقيدًا من حيث المشاركة والاندماج وهي التوجه والتوازي والاهتمام المشترك، وكذلك زيادة الاستجابات الصحيحة على أبعاد المحاكاة الثلاثة وهي الإيماءات والحركات والأفعال.

١٩- دراسة هناء عبد الحافظ (٢٠١٤):

وهدفت الدراسة إلى التحقق من معرفة أثر تحسين الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تنمية مهارات التواصل اللفظي، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال من ذوي اضطراب التوحد البسيط تتراوح أعمارهم من ٤-٧ سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة في كل مجموعة (٥) أطفال، وكانت أدوات الدراسة:

- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية(عبد العزيز الشخص:٢٠٠٦)
- مقياس تقييم التوحد الطفولي، إعداد سكوبلر وآخرون(١٩٩٩) ترجمة: هدى أمين٢٠٠٤.
- اختبار الذكاء لجودارد

- مقياس تقدير مهارات الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب التوحد، إعداد الباحثة، وعبد الرحمن سليمان، وجمال نافع(٢٠١٤).
- مقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال ذوي اضطراب التوحد. (إعداد الباحثة)
- برنامج تحسين الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب التوحد. (إعداد الباحثة)

وقد أسفرت نتائج الدراسة فاعلية برنامج تحسين الانتباه المشترك في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

تعقيب:

مما سبق يتضح وبجلاء أن تلكم الدراسات اتفقت كلها حول الهدف وهو التحقق من فاعلية البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين مثل برنامج تيتش TEACCH وبرنامج البيكس PECS وبرنامج لوفاس LOVAASS والتدريب على مهارات الحياة والبرامج العلاجية المقدمة لهؤلاء الأطفال .... الخ، واتفقت أيضًا في التوصل إلى فاعلية هذه البرامج المقدمة في تحقيق الهدف منها وهو زيادة قدرة هؤلاء الأطفال على التكيف، واندماجهم مع من حولهم، وتحسين مستوى تقدمهم داخل الغرف الصفية، وعلى مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية، واتفقت أيضًا من حيث استخدامها للمنهج التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة، واختلفت في الأدوات المستخدمة في الدراسات، وفي حجم العينة والذي تراوح من فرد واحد كما في دراسة Gerdtz,2000، و٨ أطفال كدراسة رضا كشك ٢٠٠٧، ستة عشر طفلًا كدراسة أسامة مدبولي٢٠٠٦، ثلاثين طفلًا في غيرها، (Salt,Jeff:2003)، إلى (١٥١) طفلًا كما في دراسة دراسة آل مطر(٢٠٠١).

مدى الاستفادة

من خلال العرض السابق للدراسات في مجال اضطراب التوحد والتحقق من فاعلية البرامج العلاجية ومدى استفادة هؤلاء الأطفال منها يمكن تلخيص مدى الاستفادة من تلكم الدراسات في التأكيد على قصور التواصل لدى هؤلاء الأطفال، وحاجتهم للمساعدة وتقديم الدعم لهم للاندماج في الوسط الاجتماعي من حولهم، وكذلك أوضحت هذه الدراسات فاعلية ونجاح البرامج المقدمة مما يؤكد على استفادة هؤلاء الأطفال من الخدمات المقدمة لهم وهذا مما شجع الباحث على أن يسلك هذا الطريق في محاولة منه لمساعدة هؤلاء الأطفال على أن يندمجوا في المجتمع، وأن يشعر الطفل

بتقدير ذاته والتخفيف من معاناة أسر هؤلاء الأطفال، من خلال بناء برنامج الدراسة لخفض سلوك إيذاء الذات عند هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ثانيًا: دراسات تناولت أثر تنمية بعض المهارات في خفض بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

١- دراسة عادل عبد الله ١٩٩٩:

وهدفت للتحقق من فاعلية برنامج تدريبي سلوكي معتمد على الأنشطة الجماعية في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين ٧-١٣ سنة، وأسفرت النتائج عن أثر البرنامج في تقليل السلوك العدواني لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت المتابعة للمجموعة التجريبية استمرار التحسن الذي أحرزه الأطفال فيها.

٢- دراسة سهى أمين(٢٠٠١):

وهدفت الدراسة إلى تنمية الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والتحقق من فاعلية برنامج الدراسة المقترح في تنمية الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال (٨ ذكور، ٢ إناث) من ذوي اضطراب التوحد، تتراوح أعمارهم من ٨-١٢ سنة، وتكونت أدوات الدراسة من:

- قائمة تقييم الطفل التوحدي (جولي مارفي) إعداد عبد الفتاح غزال ١٩٩٧.
- مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي(إعداد الباحثة)
- البرنامج الإرشادي للآباء والمعلمين(إعداد الباحثة)
- البرنامج العلاجي للأطفال التوحديين(إعداد الباحثة)

- بطاقة ملاحظة تتبعية لسلوك الطفل التوحدي(إعداد الباحثة)

وقد أسفرت النتائج عن تحسن واضح في درجة الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة.

٣- دراسة هالة كمال الدين٢٠٠١:

وهدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي(مهارة التواصل) للأطفال المصابين بأعراض التوحد، وتكونت عينة الدراسة من ١٦ طفلًا تراوحت أعمارهم ما بين ٣-٧ سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، واستخدمت الدراسة مقياس التواصل غير اللفظي، والبرنامج التدريبي على مهارات التحدث وتطبيق الأوامر، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية مهارة التواصل لدى أفراد العينة التجريبية.

٤- دراسة عادل عبد الله ومنى خليفة ٢٠٠٢:

وهدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد، تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨-١٣ سنة وأعمارهم العقلية ما بين ٥٧-٧٨ على مقياس جوادرد، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي المطور، ومقياس جودارد للذكاء، ومقياس تقدير التوحد، ومقياس السلوك التكيفي، وبرنامج يعتمد على جداول الأنشطة المصور، وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ في أبعاد مهارات السلوك التكيفي لأفراد العينة نتيجة استخدام جداول النشاط، وكذا تنمية مهارات التواصل لديهم.

٥- دراسة :Couch &Bat(2003):

وهدفت الدراسة إلى استخدام القصة الاجتماعية في تعديل السلوكيات المضطربة لدى عينة من الأطفال التوحديين، تكونت العينة من ٣ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحدية وتم استخدام القصة الاجتماعية في إطار تحليل السلوك التطبيقي وباستخدام التدريب والمحاولات المنفصلة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية استخدام القصة الاجتماعية في إطار تحليل السلوك التطبيقي باستخدام المحاولات المنفصلة في تقليل جميع السلوكيات المضطربة المستهدفة.

٦- دراسة :Bellini(2004)

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مظاهر القلق والضعف في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة من ٤١ طفلًا، واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

- منظومة تقدير المهارات (إعداد: Gresham &Elliot, 1990).
- مقياس القلق متعدد الأبعاد للأطفال (إعداد: March,1999)

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد أكثر إظهارًا لمستويات القلق المرتفعة مقارنة بأقرانهم من الأطفال العاديين، كما أوضحت نتائج الدراسة أيضا عن أن هناك ارتباطًا سلبيًّا بين المهارات الاجتماعية التوكيدية والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

٧- دراسة سيد الجارحي ٢٠٠٤:

وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي، وخفض السلوكيات المضطربة لدى عينة تكونت من ١٠ أطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين ٥ – ٨ سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية، وضابطة)، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي المقترح، حيث زادت مهارات السلوك التكيفي، وانخفضت السلوكيات المضطربة لدى الأطفال في المجموعة التجريبية بشكل دال.

٨- دراسة محمد شوقي (٢٠٠٤):

وهدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج الدراسة المقترح في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال من ذوي اضطراب التوحد، تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال توحديين، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة تكونت كل منهما من (٥) أطفال، وكانت أدوات الدراسة هي: مقياس الطفل التوحدي، وقائمة تشخيص التوحد، وقائمة ملاحظة التواصل اللغوي، البرنامج الإرشادي المقترح، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مهارات التواصل اللغوي: الاستماع، التعرف، الفهم، التحدث لدى عينة الدراسة.

٩- دراسة :Chung et al.,2007

وهدفت الدراسة إلى تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذكور ذوي اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين ٦-٧ سنوات، باستخدام الأقران، والتغذية الراجعة باستخدام الفيديو، والتعزيز الإيجابي، والاقتصاد الرمزي، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج المقترح في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

١٠- دراسة أشواق صيام ٢٠٠٧:

وهدفت الدراسة إلى: تصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الحسية والحياتية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، وتدريب الطفل المصاب بالاضطراب التوحدي على اكتساب بعض المهارات الحياتية، حتى يتمكن من القيام بمتطلبات حياتيه اليومية معتمدا على ذاته في أموره الحياتية من النظافة والمأكل والمشرب وذلك عن طريق تدريبه على العادات والسلوكيات الاجتماعية السليمة، تنمية وتدريب الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي على اكتساب بعض المهارات الحسية ، وتعديل السلوكيات المضطربة (اللزمات، أو السلوك النمطي) من خلال طرح العديد من أنشطة البرنامج ومواقفه، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفلا ممن يعانون من اضطراب التوحد ١٥ طفلا من الذكور و٥ أطفال من الإناث وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بحسب المرحلة العمرية (من ٥-٧ ، من ٨-١١)، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المتبع وصحة فروض الدراسة.

١١-دراسة فاطمة محمد ٢٠١٠:

وهدفت الدراسة إلى، وهدفت الدراسة إلى إعداد برنامج لتدريب الأطفال التوحديين على إدارة الذات، والوقوف على مدى فاعلية هذا البرنامج في مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق مستويات أكبر من الاستقلالية في الأنشطة الأكاديمية والاجتماعية، وفي تحسين سلوكهم التكيفي وخفض بعض السلوكيات المضطربة لدى هؤلاء الأطفال، تكونت عينة الدراسة من عشرة أطفال توحديين كلهم من الذكور، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨- ١٢سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي على إدارة الذات المستخدم في الدراسة لدى الأطفال التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع في تحسين السلوك التكيفي والحد من مشكلاتهم السلوكية.

١٢-دراسة عادل السعيدي ٢٠١٠:

وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريب مقترح في تنمية مهارات التواصل وخفض السلوك النمطي لدى الأطفال التوحديين (عينة كويتية)، وتكون مجتمع الدراسة من ١٢٠ طفلًا من ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة العلاجية من ٣٠ طفلًا، واستخدم الباث مقياس التواصل ومقياس السلوك النمطي برنامج الدراسة المقترح، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مارات التواصل وخفض السلوك النمطي.

١٣-دراسة رشا صبحي٢٠١١:

وهدفت الدراسة إلى تقديم برنامج لتحسين الإدراك البصري للطفل التوحدي من خلال برنامج قائم على الألعاب التعليمية، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من ٣٠ طفلا ممن يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم ما بين ١٠:١٥ سنة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج في تحسين الإدراك البصري للطفل التوحدي.

١٤-دراسة عبد الحليم محمد ٢٠١١:

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج المقترح في تنمية التواصل الاجتماعي والذي يتمثل في تحسين التفاعل الاجتماعي وتحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك تقليل السلوكيات النمطية لدي عينة من الذاتويين، وتكونت عينة الدراسة من ١٦ طفلًا من الذكور والإناث ممن يعانون من اضطراب الذاتوية تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وتتراوح أعمارهم ما بين ٧-١٣ سنة، وقد أسفرت النتائج عن تحسن في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

١٥-دراسة سها الخفاجي ٢٠١٢:

وهدفت الدراسة إلى إعداد برنامج حركي لإطفاء بعض السلوكيات الروتينية الخاطئة لدى أطفال التوحد وإعداد ورقة لقياس السلوكيات الروتينية لدى هؤلاء الأطفال و التعرف على التطور التدريجي أثناء البرنامج التدريبي ، تكونت العينة من ٥ أطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد من الدرجة المتوسطة وتتميز هذه الفئة ان لديها الحركات الروتينية بشكل ملحوظ وقد كانت الحركات الروتينية تشمل الوقوف والمشي على رؤوس الأصابع والدوران حول النفس والأشياء ، وقد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج التدريبي في تقليل هذه الحركات الروتينية خلال فترة تنفيذ البرنامج وقد بلغت لدى جزء من عينة الدراسة إلى الحد التي اختفت فيه.

١٦-دراسة رائد الطحان ٢٠١٢:

وهدفت الدراسة إلى وضع برنامج تدريبي لتنمية المهارات الدقيقة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد واختبار مدى فاعليته، وتكونت عينة الدراسة من ١٢ طفلًا من التوحديين ١٠أطفال منهم من الذكور و٢من الإناث ،تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة كل مجموعة منهم تتكون من ٥أطفال من الذكور وبنت واحدة، وتتراوح أعمارهم ما بين ٥-٧سنوات، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المقترح في تنمية المهارات الدقيقة لدى عينة الدراسة.

١٧-دراسة نور العبد الله ٢٠١٢:

وهدفت الدراسة إلى بناء برنامج يستند إلى استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات داخل أو خارج المنزل لدى عينة البحث والتحقق من فاعليته، وتكونت العينة من ٢٤ طفلًا ممن يعانون من اضطراب التوحد ١٢من الذكور، و١٢ من الإناث، وتتراوح أعمارهم من ٨–ما دون ١١ سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة في كل مجموعة ٦ أطفال من الذكور، و٦ من الإناث، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المقترح.

١٨–دراسة دلشاد علي ٢٠١٣:

وهدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (٤ – ٨) سنوات، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية السلوكيات غير اللفظية المستهدفة عند الأطفال التوحديين عينة البحث وبدرجات متفاوتة، كأن أكثرها في بعد التركيز والانتباه وأقلها في بعد الإيماءات والأوضاع الجسدية.

١٩–دراسة مروة محمد ٢٠١٤:

وهدفت الدراسة إلى تقييم دور الدمج الشامل وكيفية تأثيره في تنمية بعض مهارات التفاعل الاجتماعي وتخفيف سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ أطفال ممن يعانون من اضطراب الذاتوية ٧ منهم من الذكور، ٣من الإناث تتراوح أعمارهم من ٥–٧ سنوات، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي لمهارات التفاعل الاجتماعي ، ولسلوك إيذاء الذات لدى عينة الدراسة لصالح القياس البعدي.

٢٠–دراسة فاطمة بيومي ٢٠١٤:

وهدفت الدراسة إلى تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى كل من الأطفال التوحديين ذوي مستوى الأداء الوظيفي المرتفع، وذوي اضطراب أو متلازمة اسبرجر، وتكونت عينة هذه الدراسة في صورتها النهائية من:

- (١٠) أطفال من ذوي اضطراب (متلازمة) اسبرجر تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨–١٢سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة.
- (١٠) أطفال من ذوي اضطراب التوحد ذي الأداء الوظيفي المرتفع، تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨–١٢سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية التفاعل الاجتماعي لدي الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، والذي أسهم بدروه في علاج تلك المشكلات الاجتماعية لدي هؤلاء الأطفال.

٢١-دراسة منى عناني ٢٠١٤:

وهدفت الدراسة إلى تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين عن طريق وضع برنامج قائم على اللعب الجماعي والتحقق من استمرارية فاعلية البرنامج المقترح، وتكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد كلهم (إناث)، وتتراوح أعمارهن ما بين ٦-١١سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المقترح في تنمية المهارات الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

٢٢-دراسة القحطاني ٢٠١٤:

وهدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية البرنامج السلوكي المقترح في تنمية مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، وقد تكونت العينة من١٦طفلا تراوحت أعمارهم ما بين ٦-١٢ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، واستخدمت الدراسة: مقياس تقدير مهارات التواصل، ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، والبرنامج التدريبي المقترح، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال عينة الدراسة.

٢٣-دراسة ماجد الحربي٢٠١٥:

وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلًا من ذوي اضطراب التوحد، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وكانت أدوات الدراسة مقياس تقدير مهارات التواصل، والبرنامج التدريبي المقترح وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.

تعقيب:

من خلال العرض السابق يتضح لنا ما يلي:

اتفقت تلكم البحوث والدراسات السابقة في الهدف، فجميعها يهدف إلى إعداد برامج إرشادية للأطفال ذوي اضطراب التوحد لتنمية المهارات الاجتماعية، وخفض الاضطرابات النفسية والسلوكية ومهارات العناية بالذات، كما اتفقت جميعها في النتائج حيث أسفرت نتائج كل الدراسات عن فاعلية البرامج المقترحة والمقدمة سواء في تنمية المهارات الاجتماعية أو في خفض الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى هؤلاء الأطفال، بالرغم من عدم اتفاق هذه الدراسات على

حجم العينة حيث تراوح حجم العينة من (٣) أطفال كما في دراسة Couch& Bat, 2003 إلى (٤١) طفلًا كما في دراسة Billini, 2004 واختلفت كل منها كذلك في الأدوات المستخدمة في الدراسة.

مدى الاستفادة:

تتلخص مدى الاستفادة من تلكم الدراسات في تأكيد كثير منها على قصور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والمعاناة من الاضطرابات السلوكية والنفسية وأظهرت جميعها فاعلية البرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال وزيادة معدلات التفاعل بين الأطفال وأقرانهم العاديين بالإضافة إلى شعور الطفل بالكفاءة الشخصية والاجتماعية وتقدير الذات والثقة بالنفس مما حدا بالباحث إلى تقديم برنامج لتنمية مهارات السلوك التكيفي من خلال خفض أحد أنواع السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وهو السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات).

ثالثًا: دراسات تناولت برامج إرشادية ووقائية لخفض سلوك إيذاء الذات وتحسين السلوك التوافقي:

١- دراسة: Shoi, Sung,(2000):

وهدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لخفض بعض المشكلات السلوكية كالسلوك العدواني والتدمير وسلوك إيذاء الذات وقد تكونت العينة من طفل ذاتوى وأسفرت النتائج عن خفض المشكلات السلوكية وخاصة سلوك إيذاء الذات.

٢- دراسة: Mahoney William, et al,2002:

وكانت الدراسة حول اضطرابات السلوك والعدوان لدى الأطفال ذوي فرط الحركة وتشتت الانتباه (A.D.H.D) وأن هؤلاء الأطفال غالبًا ما يكونون مندفعين ولديهم بعض السلوكيات المزعجة، وتزداد لديهم مثل هذه السلوكيات بسبب العديد من العوامل ومنها مثلا تغيير البيئة من حولهم مما يؤدي لزيادة العدوان لديهم بسبب التزامهم بالروتين. Mahoney (William, et al, 2002:21)

٣- دراسة محمد خطاب (٢٠٠٤):

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير برنامج علاجي باللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلًا توحديًّا منهم ٨ إناث و ١٢ ذكرًا، وتتراوح أعمارهم بين ١٠-١٢ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وأدوات الدراسة هي: مقياس الاضطرابات السلوكية، والبرنامج العلاجي باللعب ودراسة الحالة وهذه الادوات من إعداد الباحث بالإضافة الى قائمة تشخيص التوحد DSM- IV(1994) ترجمة باسم عمارة (١٩٩٩) وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي باللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية، كما زادت قدرتهم على الانتباه والتواصل مع الاخرين بشكل فعال وهذا بدوره ساعد في انخفاض حدة الاضطرابات السلوكية ومن بينها سلوك إيذاء الذات.

٤-دراسة: Foxx & Garito (2007)

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لخفض بعض السلوكيات المضطربة كالعدوان وسلوك التدمير وايذاء الذات وتكونت العينة من فرد واحد في سن المراهقة يعاني من اضطراب الذاتوية وقد أسفرت النتائج عن انخفاض في كل السلوكيات المضطربة لدى المراهق وتقدما في التعليم الأكاديمي وفى المهارات والعلاقات الاجتماعية.

٥-دراسة: Scahill Lawrence (2008)

وهدفت الدراسة إلى معرفة أيهما أكثر جدوى التدخل الطبى باستخدام دواء (ريسبريدون) للطفل الذاتوي ، أم استخدام العلاج السلوكي، وتكونت عينة الدراسة من ١٠١ طفلًا توحديًّا ممن يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية مثل (العدوان وسلوك إيذاء الذات). وقد أسفرت النتائج عن أن التدخل الطبي وحده لا يكفي في علاج الاضطرابات السلوكية (العدوان وسلوك إيذاء الذات) خاصة في الحالات التي تعاني من هذه الاضطرابات بشدة، كما أن العلاج السلوكي وحده لا يكفي أيضا. كذلك أشارت نتائج الدراسة أن الجمع بين الاثنين العلاج الطبي، والعلاج السلوكي معًا سوف يعطى نتيجة فعالة في التخفيف من حدة تلك الاضطرابات السلوكية.

٦-دراسة: George Capone, et. Al.(2008)

وهدفت الدراسة إلى معرفة تأثير دواء الريسبيردون (risperidone) على السلوك التدميري وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي متلازمة داون، والأطفال المتخلفين عقليا، والأطفال الذاتويين، وتكونت عينة الدراسة من٢٠ طفلًا ذكرًا، ٣ أطفال إناث ، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين٢-٨ سنوات، وقد أسفرت النتائج عن انخفاض في سلوك إيذاء الذات،

وسلوكيات التدمير، وكانت نسبة الانخفاض في سلوك إيذاء الذات أكبر لدى الذاتويين نتيجة لعلاجهم بالريسبريدون وكذلك انخفاض السلوك الانسحابي والسلوكيات النمطية.

تعقيب:

من العرض السابق يتضح ما يلي: اتفاق تلكم الدراسات في الهدف حيث هدفت كل منها إلى خفض سلوك ايذاء الذات وتحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال التوحديين واتفقت جميعها على فاعلية البرامج المقدمة لهذا الغرض سواء من خلال التدريب على المهام المنزلية والطهي ورعاية الذات أو استخدام الادوية والعقاقير كدواء الريسبريدون، أو استخدام العلاج السلوكي لكنها اختلفت فيما بينها في أدوات الدراسة وحجم العينة حيث كانت العينة في بعض الدراسات طفلًا واحدًا فقط كما في دراسة فوكس وجاريتو (2007) Foxx & Garito، وبلغت في دراسة أخرى أكثر من مائة طفل مثل دراسة لارونس سكيل(2008) Scahill Lawrence.

مدى الاستفادة:

تتلخص استفادة الباحث من الدراسات السابقة فيما يلي:

أكدت جميع تلكم الدراسات على فاعلية الأنشطة الجماعية، وتنمية المهارات الاجتماعية وفنيات العلاج السلوكي في خفض السلوكيات المضطربة كالعدوان، والتدمير، لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مما دفع بالباحث إلى محاولة بناء برنامج الدراسة وفق النظرية السلوكية مستخدمًا بعض فنيات العلاج السلوكي في خفض أحد أنواع السلوك العدواني وهو العدوان الموجه نحو الذات (سلوك إيذاء الذات) لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.

رابعًا: فروض الدراسة:

الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطي درجات التلاميذ عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي في مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي"

الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطي درجات التلاميذ عينة الدراسة في التطبيقين: البعدي، والتتبعي لمقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات وذلك بعد مرور ثلاثة شهور من تطبيق البرنامج"

الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على "يوجد تأثير للبرنامج المقترح في تحسين تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات للأطفال عينة الدراسة"

الفصل الرابع: منهج الدراسة واجراءاتها

أولًا: منهج الدراسة.

ثانيا: مجتمع وعينة الدراسة.

ثالثا: شروط اختيار العينة

رابعا: أدوات الدراسة.

خامسا: الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات.

سادسا: الخطوات الاجرائية للدراسة.

[illegible]

[illegible]

أولًا: منهج الدراسة:

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبي Semi–experimental design ذي المجموعة الواحدة، نظرًا لاتساق هذا المنهج مع متطلبات الدراسة الحالية، من حيث طبيعتها وأهدافها وإجراءاتها، كما أن هذا المنهج شبه التجريبي هو أقرب المناهج إلى الموضوعية، ويتضمن المنهج المتغيرات التالية:

- **المتغير المستقل: Independent variable**

وهو عبارة عن البرنامج الإرشادي السلوكي المستخدم في الدراسة.

- **المتغيرات التابعة:Dependent variable**

وهي التغيرات في سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين.

ثانيًا: مجتمع وعينة الدراسة وطريقة اختيارها:

يتكون مجتمع الدراسة من مجموعة من الأطفال قوامها ٤٠ طفلًا من الذكور متواجدون في أحد مجمعات التربية الخاصة، والذين تم تشخيصهم بأنهم ممن يعانون من اضطراب التوحد، وفقًا للمقاييس المقننة والمعتمدة في التشخيص، تم تحديد ٩ أطفال منهم ممن يبدو عليهم بعض مظاهر سلوك إيذاء الذات كعينة أساسية للدراسة، قام الباحث باختيار (٤) أطفال منهم ممن حصلوا على أدنى الدرجات على مقياس تشخيص التوحد و أعلى الدرجات على مقياس إيذاء الذات، ليكونوا العينة التجريبية(العلاجية) التي سيطبق عليها برنامج الدراسة، ممن تتراوح أعمارهم فيما بين (٨– ١٠) سنوات.

ثالثا: شروط اختيار العينة:

حرص الباحث في اختيار عينة الدراسة الحالية على مجموعة من الشروط وهي:

- خلو أفراد العينة من الإعاقات الأخرى غير الذاتوية.

– التأكد من عدم تلقي أي من أفراد العينة لأي برامج إرشادية أو علاجية سابقة.

– ألا يقل عمر أفراد العينة عن(١٠) سنوات، ولا يزيد عن (١٢) سنة.

رابعا: أدوات الدراسة:

١– مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد (ترجمة: عادل عبد الله،٢٠٠٦)

أهداف المقياس:

تم تصميم هذا المقياس لتحقيق عدة أهداف:

- التوصل إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد بين مختلف الأفراد، وهو الهدف الأساسي للمقياس.
- تقييم حالة الأفراد الذين تصدر عنهم مشكلات سلوكية خطيرة.
- تحديد وتقييم مدى التطور أو التقدم الذي يمكن أن يطرأ على حالة الطفل ذي اضطراب التوحد إثر خضوعه لبرامج تدخل معينة.
- المساهمة الفعالة في إعداد وتقديم خطة التعلم الفردية التي يتم تقديمها للطفل إثر تشخيصه على أنه ذو اضطراب التوحد.
- تقدير درجة ونسبة أو معدل التوحد في البرامج البحثية المختلفة.

وصف المقياس:

يضم هذا المقياس(٥٦) عبارة من خلال أربعة مقاييس فرعية يتكون كل منها من(١٤) عبارة، وتصف العبارات التي تؤلف المقاييس الفرعية الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد فيما يتعلق بهذا الجانب أو ذاك، ويعرف المقياس الأول بالسلوكيات النمطية ويضم العبارات من(١–١٤)، ويعرف المقياس الفرعي الثاني بالتواصل ويضم الأربع عشرة عبارة التالية من(١٥–٢٨)، وتصف السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تمثل أعراضًا للتوحد، ويعرف المقياس الفرعي الثالث بالتفاعل الاجتماعي ويضم الأربع عشرة عبارة التالية من(٢٩–٤٢)، وتصف قدرة الطفل على التفاعل بشكل ملائم مع الأفراد والأشياء والأحداث، ويعرف المقياس الفرعي الرابع بالاضطرابات النمائية ويضم الأربع عشرة عبارة الأخيرة من المقياس (٤٣–٥٦)، ويشمل أسئلة هامة وأساسية عن نمو الطفل خلال طفولته المبكرة، وكل مقياس من هذه المقاييس

يمثل اختبارًا مستقلًا في حد ذاته، ويمكن تطبيقه بمفرده دون سواه في البحوث المختلفة وفقًا لأهداف كل بحث، وإن كان من الأفضل أن يتم تطبيق المقاييس الأربع مجتمعة.

الخصائص المميزة للمقياس:

يتميز هذا المقياس بالعديد من الخصائص التي من شأنها أن تجعله مميزًا عن غيره من المقاييس الأخرى التي يمكن استخدامها واللجوء إليها في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، الأمر

الذي يجعلنا نصل عن طريقه إلى تشخيص دقيق لأولئك الأفراد، وهذه الخصائص هي:

- وصف المقياس والهدف منه:

يعد هذا المقياس على درجة كبيرة من المعيارية، كما أنه يزودنا بمعلومات مرجعية المعيار أو المحك يمكن أن تسهم في تشخيص اضطراب التوحد بين مختلف الأطفال.

- اختيار العبارات:

ترتكز عباراته على تلك التعريفات التي تتناول اضطراب التوحد التي قدمتها الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد Autism society of America، والجمعية الأمريكية للطب النفسي America Psychiatric Association وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM–IV.

- البيانات المعيارية:

تم تقنين هذا المقياس ووضع معاييره بعد تطبيقه على(١٠٩٢) مفحوصًا ممن يعانون من اضطراب التوحدية في(٤٦) ولاية من الولايات المتحدة، وفي كل من كولومبيا، وبورتوريكو، وكندا.

- الصدق والثبات:

صدق وثبات مقياس جيليام التقديري التشخيصي للتوحد:

(١) الصدق Validity:

اعتمد الباحث في حساب صدق المقياس على ما يلي:

تم استخدام العديد من الأساليب في سبيل التحقق من صدق هذا المقياس مثل صدق **صدق المحك** من خلال حساب معاملات الارتباط بين المقياس وقائمة السلوك التوحدي Autistic Behavior Chicklist ABC التي اعدها كروج وأريك وألموند (1993)، وكانت معاملات عالية وذات دلالة إحصائية كما وجدت ارتباطات موجبة دالة وقوية بين المقاييس الفرعية التي يتضمنها هذا المقياس وقائمة مراجعة السلوك التوحدي فضلا عن الارتباط الدال بين الدرجات المعيارية للمقياس ودرجات تلك القائمة، وقد تراوحت قيم (ر) بين 0.39 -0.84 للسلوكيات النمطية، و0.31 -0.79 للتواصل، و 0.45 -0.66 للتفاعل الاجتماعي، 0.58 -0.67 للاضطرابات النمائية، و0.46 -0.91 لمعامل التوحد.

(٢) الثبات :Reliability

- طريقة ألفا كرونباك Alpha Cronbach Method:

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباك (صفوت فرج ١٩٨٩ – ٣٢٧) وهي معادلة تستخدم لإيضاح المنطق العام لثبات الاختبارات والمقاييس، وبلغت قيمة معامل ثبات المقياس ٠.٨٤٢، وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات المقياس.

- طريقة إعادة تطبيق الاختبار Test–Retest:

استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية، بفاصل زمني أسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني على المقياس ككل، وبلغ معامل بيرسون بين التطبيقين ٠.٨٥٠ وهي دالة عند مستوى ٠.٠١، مما يشير إلى درجة عالية من الثبات للمقياس.

- الاتساق الداخلي لفقرات المقياس:

وللتأكد من اتساق المقياس داخلياً قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ودرجة المقياس الكلية بعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، ويوضح جدول (٤) معاملات الارتباط.

جدول(٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد والدرجة الكلية.

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠.٧١٦**	١١	٠.٥٦٢*	٢١	٠.٦٢٠*	٣١	٠.٨٨٦**	٤١	٠.٧٧٤**	٥١	٠.٨٤٦**
٢	٠.٧٢٠**	١٢	٠.٧٨٠**	٢٢	٠.٨٢١**	٣٢	٠.٨٦٢**	٤٢	٠.٨٥٤**	٥٢	٠.٨١٢**
٣	٠.٨٢٥**	١٣	٠.٧٧٥**	٢٣	٠.٧٥١**	٣٣	٠.٦١٠*	٤٣	٠.٨٩٥**	٥٣	٠.٦٢٠*
٤	٠.٥٥٠*	١٤	٠.٥٦٩*	٢٤	٠.٥٩٨*	٣٤	٠.٦٩٥*	٤٤	٠.٨٣٣**	٥٤	٠.٦٣٥*
٥	٠.٧١٦**	١٥	٠.٥٦٢*	٢٥	٠.٦٢٢*	٣٥	٠.٨٩٦**	٤٥	٠.٧٧٦**	٥٥	٠.٨٤٨**
٦	٠.٧٢٠**	١٦	٠.٧٨٠**	٢٦	٠.٨٢٥**	٣٦	٠.٨٧٢**	٤٦	٠.٨٦٤**	٥٦	٠.٨١٣**
٧	٠.٨٢٢**	١٧	٠.٧٨٥**	٢٧	٠.٧٥٦**	٣٧	٠.٦١٥*	٤٧	٠.٨٨٥**		
٨	٠.٥٦٠*	١٨	٠.٥٦٦*	٢٨	٠.٥٩٥*	٣٨	٠.٦٨٥*	٤٨	٠.٨٣٥**		
٩	٠.٧٢٦**	١٩	٠.٥٤٢*	٢٩	٠.٦٢٥*	٣٩	٠.٨٧٦**	٤٩	٠.٧٨٤**		
١٠	٠.٧٢٢**	٢٠	٠.٧٩٠**	٣٠	٠.٨٤١**	٤٠	٠.٨٦٥**	٥٠	٠.٨٦٤**		

- * * دال عند مستوى ٠.٠١
- * دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (١) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس دالة، وبهذا يصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٥٦) عبارة (ملحق رقم ٢)

٢– مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات). (إعداد الباحث).

الهدف من المقياس:

قام الباحث بإعداد هذه الأداة بغرض استخدامها لتقدير السلوك العدواني الموجة نحو الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ولديهم سلوك إيذاء الذات.

وصف المقياس:

يتكون المقياس في صورته النهائية من(٢١) عبارة تقيس السلوك العدواني الموجة نحو الذات لدى الأطفال التوحديين، وتعبّر كل فقرة منه عن مظهر من مظاهر السلوك العدواني الموجه نحو الذات

عند هذه الفئة من الأطفال.

خطوات إعداد المقياس

تم إعداد المقياس من خلال الخطوات الآتية:

- الاطلاع على الأطر النظرية والأدبيات والتراث السيكولوجي الخاص بسلوك إيذاء الذات عند العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والأطفال ذوي اضطراب التوحد بشكل خاص (مقياس سلوك إيذاء الذات للمراهقين والراشدين العاديين وغير العاديين (زينب شقير٢٠٠٦)، مقياس سلوك إيذاء الذات لدى المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم(جمال سليمان٢٠١١)، ومقياس الاضطرابات السلوكية للتوحد (أسامة فاروق، السيد الشربيني).
- الاطلاع على البحوث والدراسات العربية والأجنبية ذات العلاقة بالمقياس (المظاهر السلوكية للاضطراب الذاتوي نادية إبراهيم أبو السعود ٢٠٠٢)، ومما سبق توصل الباحث إلى إعداد مقياس لتقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات يعتمد على بعدين رئيسين: البعد الأول وهو الإيذاء الجسدي، والبعد الثاني وهو الإيذاء النفسي.
- إجراء عدد من المقابلات مع آباء أطفال توحديين ومعلمي توحديين ومقابلات للأطفال للتعرف على مظاهر سلوك إيذاء الذات وتسجيل ذلك في بطاقات للملاحظة.

- التوصل الى مجموعة من العبارات لقياس كل بعد من بعدي المقياس بلغة سهلة وواضحة وبألفاظ دقيقة.
- يتحدد الهدف العام للمقياس في التعرف على مظاهر سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وكتابة العبارات المناسبة.
- تضمن المقياس في صورته الأولية ٢٥ عبارة تقيس مظاهر سلوك إيذاء الذات.
- تم عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين لإبداء الرأي في سلامة العبارات وحسن صياغتها ومدى مناسبتها لعينة الدراسة وإضافة ما يرونه مناسبًا أو حذف غير المناسب.
- التطبيق المبدئي للمقياس على عينة استطلاعية قوامها ٤٠ طفلًا للتعرف على مدى وضوح العبارات.

صدق وثبات مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات:

- (١) الصدق Validity:

اعتمد الباحث في حساب صدق المقياس على ما يلي:

- الصدق المنطقي (صدق المحكمين) Logical Validity

تم عرض الصورة الأولية لمقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في المجال (ملحق١)، وقد اشتملت تلك الصورة على (٢٥) فقرة بهدف: التأكد من مناسبة الفقرات للمفهوم المراد قياسه، وتحديد غموض بعض الفقرات لتعديلها، وحذف بعض الفقرات غير المرتبطة بمقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات، أو غير المناسبة لطبيعة وخصائص الأطفال عينة الدراسة، ويوضح جدولا (١)، و (٢) بعض الفقرات التي تم تعديلها، والتي تم حذفها.

جدول(٥)

العبارات التي تم تعديل صياغتها لمقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات

م	قبل التعديل	بعد التعديل
١-	يرغب في الانتحار.	يحاول خنق نفسه.

٢-	يخمش جلده.	يحك جلده بيده أو بالجدار أو بأشياء أخرى.
٣-	يحطم الأشياء التي حوله.	يكسر أدواته الشخصية.
٤-	يركض هنا وهناك بدون هدف أو سبب	يجري باندفاع بلا وعي.

جدول(٦)

العبارات التي تم حذفها لمقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات

م	العبارات التي تم حذفها
١	- الشعور بالألم في مكان ما
٢	- يعرض نفسه للنار.
٣	- يعرض نفسه للخطر كالوقوف أمام السيارات
٤	- يضع إصبعه في مصدر للكهرباء.

- وفي ضوء آراء السادة المحكمين تم تعديل (٤) عبارات، وحذف (٤) عبارات أخرى لتكرار بعضها، ولعدم مناسبتها لطبيعة وخصائص العينة، والتي لم تحظ بنسبة اتفاق تتراوح بين (٩٠% -١٠٠ %).

– أصبح مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات بعد حذف الفقرات التي لم تحظ

بنسبة اتفاق تتراوح بين (٩٠ % -١٠٠%) من السادة المحكمين في صورته الأولية على (٢١) فقرة، وتم تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية للاستقرار على الصورة النهائية للمقياس.

- (٢) الثبات :Reliability

– طريقة ألفا كرونباك Alpha Cronbach Method:

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباك (صفوت فرج ١٩٨٩ – ٣٢٧) وهي معادلة تستخدم لإيضاح المنطق العام لثبات الاختبارات والمقاييس، وبلغت قيمة معامل ثبات المقياس ٠.٨٥٢، وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات المقياس.

– طريقة إعادة تطبيق الاختبار Test–Retest:

استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية، بفاصل زمني أسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني على المقياس ككل، وبلغ معامل بيرسون بين التطبيقين ٠.٨٦٩ وهي دالة عند مستوى ٠.٠١، مما يشير إلى درجة عالية من الثبات للمقياس.

- الاتساق الداخلي لفقرات المقياس: وللتأكد من اتساق المقياس داخلياً قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ودرجة المقياس الكلية بعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، ويوضح جدول (٦) معاملات الارتباط.

جدول(٧)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات والدرجة الكلية.

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠.٧١٦**	٥	٠.٥٦٢*	٩	٠.٦٢٠*	١٣	٠.٨٨٦**	١٧	٠.٧٧٤**
٢	٠.٧٢٠**	٦	٠.٧٨٠**	١٠	٠.٨٢١**	١٤	٠.٨٦٢**	١٨	٠.٨٥٤**
٣	٠.٨٢٥**	٧	٠.٧٧٥**	١١	٠.٧٥١**	١٥	٠.٦١٠*	١٩	٠.٨٩٥**
٤	٠.٥٥٠*	٨	٠.٥٦٩*	١٢	٠.٥٩٨*	١٦	٠.٦٩٥*	٢٠	٠.٨٣٣**
								٢١	٠.٥٩٤*

- * * دال عند مستوى ٠.٠١

- * دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (٦) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس دالة، وبهذا يصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٢١) عبارة (ملحق رقم ٢).

٣- البرنامج الإرشادي. (إعداد الباحث)

أ- التعريف بالبرنامج:

يتحدد البرنامج السلوكي التدريبي المستخدم من خلال بعض فنيات تعديل السلوك في خفض السلوك العدواني الموجه نحو الذات (سلوك إيذاء الذات) لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (عينة الدراسة).

ب-أهمية البرنامج:

إن جُلَّ البرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال تركز بشكل كبير على التوافق بشكل عام، والتعايش مع الجماعة المحيطة داخل الأسرة أو المؤسسة التعليمية، ومن أهم هذه الجوانب التي تدعم التوافق هو تعديل السلوكيات غير السوية أو غير التوافقية سواء كانت شخصية أو اجتماعية، ولهذا كانت هذه الدراسة.

ج-أهداف البرنامج:

الهدف الرئيس للبرنامج:

خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين (عينة الدراسة).

الأهداف العامة للبرنامج:

١- تنمية بعض المهارات الإدراكية.

٢- تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٣- تنمية بعض المهارات الاجتماعية.

٤- تنمية بعض المهارات اليدوية والتآزر بين اليدين.

٥- تنمية مهارة الانتباه والتعبير عن الانفعالات.

٦- خفض سلوك إيذاء الذات.

د-أسس بناء البرنامج:

أولًا: الأسس الفلسفية:

تهدف الدراسة الحالية إلى إعداد برنامج تدريبي سلوكي للأطفال التوحديين الذين لديهم سلوك إيذاء الذات بهدف خفض حدة هذا السلوك وتقليل من التكرار، وذلك من خلال استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي -تعديل السلوك- باتباع أسلوب التدريب الفردي والجماعي لتحقيق الأهداف الإجرائية للبرنامج والتي تتمثل في تعديل السلوك غير المرغوب فيه وإحلال سلوكيات بديلة مرغوب فيها.

ثانيًا: الأسس النظرية:

اعتمد الباحث على بعض الأسس والخلفيات النظرية التي تسهم في توضيح مظاهر القصور لدى الأطفال التوحديين وتميزهم عن غيرهم وتؤثر على سلوكهم وهي:

- نظرية إريكسون:

والتي تعرف باسم النظرية النفسية الاجتماعية، وتتناول الدوافع الحيوية والانفعالية وطرق التوفيق بينها وبين متطلبات البيئة الاجتماعية (حامد زهران،١٩٩٢، ١٩٧)

وقد قسم إريكسون في نظريته مراحل النمو النفسي الاجتماعي غلى ثمانية مراحل، كل مرحلة تتضمن أزمة نفسية اجتماعية يجب أن يتخطاها الفرد حتى ينتقل إلى المرحلة التي تليها، وإذا لم تحل هذه الأزمة ستظل تسبب أزمة في المرحلة التالية إلى أن يتم حلها.

فمثلا يذكر إريكسون أن من أهم مظاهر النمو النفسي الاجتماعي في المرحلة العمرية من ٤-٥ سنوات هو اكتساب المبادرة والتغلب على الشعور بالذنب وتحقيق الغرض من التفاعل الاجتماعي مع الأسرة، وهناك العديد من الدراسات أوضحت وجود علاقة بين قصور المهارات الاجتماعية وسلوك إيذاء الذات، ومنها دراسة Scott Hall, et al 2001:189 حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين ظهور سلوك إيذاء الذات وقصور التواصل الاجتماعي، وكذلك دراسة Gershon Berkson ,2001 والتي توصلت إلى أن السلوكيات (إيذاء الذات ، السلوك النمطي) قد تقل أو تزيد وفقًا لنمو الطفل الذي يعد بطيئًا مقارنة بغيره من الأطفال، وكذلك أوضح إريكسون أن أهم المظاهر النفسية

الاجتماعية في المرحلة العمرية من ٦-١١هي اكتساب الاجتهاد دون إتقاء الشعور بالقصور وتحقيق الكفاية في التعامل الاجتماعي مع الجيران وفي المدرسة.

- نظرية بياجيه:

يذكر بياجيه: مع نمو الطفل يسير أسلوب تكيفه مع البيئة وتعامله مع الخبرات بتتابع مرحلي معرفة وسلوكًا وكل مرحلة تتضمن فكرة تكوين وإنجاز في حد ذاتها وتعتبر بمثابة نقطة بداية للمرحلة التي تليها وأن تتابع هذه المراحل واحد لدى كل الأطفال مع التأكيد على مبدأ الفروق الفردية داخل كل مرحلة (حامد زهران، ١٩٩٥، ٦٨)

ولقد اعتمدت كثير من الدراسات في تناولها لسلوك إيذاء الذات على تنمية المهارات الإدراكية والمثيرات الحسية ومنها دراسة John j. healy,2001 وتوصلت إلى أن التعزيز الآلي يمكن أن يقلل من هذا النوع من السلوك باستخدام بعض المثيرات الحسية المميزة، وكذلك دراسة Pascal A.Baghdadly,et al 2003 والتي توصلت إلى أن سلوك إيذاء الذات يرتبط ارتباطًا كبيرًا بانخفاض السلوك التكيفي وقصور مهارات الحياة اليومية، ولا يرتبط بالسن أو النوع أو المستوى الاجتماعي ولا بالنوبات الصرعية.

سلوك إيذاء الذات:

إن طبيعة السلوك المستهدف بالدراسة من العوامل التي أثرت بشكل مباشر على بناء الوحدات الخاصة بالبرنامج السلوكي، ومما تجدر الإشارة إليه أن مصطلح أيكولوجية يشير في هذا المجال الى بعدين متميزين هما: نظام السلوك داخل الشخص inter personal حيث ينظر إلى الشخص بوصفه يظهر سلوكًا معقدًا متشابكًا ومن ثم فإن أي تغير في سلوك الشخص يغير من جوانب أخرى في سلوكه، ويشير البعد الثاني إلى شخص في سياق فيزيقي أو اجتماعي ومن ثم فإن ترتيب السياق يؤثر في سلوك الشخص كما أن هذا الشخص يؤثر بدوره في بيئته (لويس مليكة، ١٩٩٤، ٢٨٤)

وفي الدراسة الحالية سيكون اعتمادنا الأكبر على التفسيرات السلوكية الدافعية التي تفترض أن سلوك إيذاء الذات يرتبط بعواقب الثواب في بيئته المرضية، وهي مثل فرضية التجنب والاستجابة النمطية والفرضية الارتقائية وفرضية الدعم المشروط بالمنبه غير التمييزي.

وقد حرص الباحث على أن يكون أحد جوانب البرنامج يعتمد على تنمية المهارات الحركية الدقيقة على اعتبار أنها سلوكًا بديلا يحل محل سلوك ايذاء الذات ، وهناك بعض الدراسات التي تتناول فكرة إعداد برنامج التدخل المبكر لتعديل سلوك إيذاء الذات معتمدًا على استخدام سلوكيات جديدة تحل محل السلوك غير المرغوب فيه ومن أمثلتها الدراسة التي قامت بها (patricia f.kurtz et al(2003, 205 والتي هدفت إلى إيضاح أهمية التحليل الوظيفي واستخدام أساليب تعديل السلوك المناسبة من أجل تعديل سلوك إيذاء الذات ، وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية برنامج التدخل المستخدم لتعديل سلوك إيذاء الذات والذي اعتمد على التحليل الوظيفي ووجود مهارات تحل محل سلوك ايذاء الذات وضرورة استخدام التقييم في التدريب على بنود البرنامج.

مشكلات التواصل اللغوي

إن اضطرابات اللغة والتخاطب من أهم مظاهر الاضطراب لدى الأطفال الذاتويين، وبالتالي فلابد من التأكيد على أن عدم استخدام اللغة لا يرجع إلى عدم رغبة الطفل في الكلام وإلى أن الدافعية تنقصه ولكنه يرجع الى قصور وخلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الكلام والتعامل مع الرموز الواقعية على نصف الكرة الأيسر من المخ (عثمان فراج، ٢٠٠٢، ٥٥)

وبما أن المشكلات الناتجة عن عدم التواصل اللغوي يمكن أن تكون سببًا في حدوث العديد من المشكلات السلوكية فإن الباحث جعل جزءًا خاصًّا يتضمن بعض المهارات اللغوية داخل البرنامج، فلقد اعتمدت كثير من الدراسات في تناولها للسلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد على البرامج التي تسهم في زيادة التواصل اللغوي وعلى سبيل المثال نجد دراسة (William D. frea(2001 والتي هدفت إلى شرح مدى فاعلية زيادة التواصل من أجل تعديل السلوك الحاد والتي يمكن أن تزيد الانتباه لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك لدى طفل توحدي عمره أربع سنوات، واعتمدت هذه الدراسة على عرض بعض الصور على الطفل تلك التي تسهم في زيادة اكتساب اللغة، وأساليب التواصل، وهذه الصور كانت تتضمن بعض الألعاب التي يمكن أن تتم داخل الفصل والتي تؤثر تأثيرًا مباشرًا على السلوك العدواني ،وأظهرت النتائج لهذه الدراسة أن السلوك العدواني انخفضت نسبته بعد استخدام هذه الاستراتيجيات.

وفي دراسة (Pa Miranda(2003 والتي هدفت إلى تعزيز وظائف وسائل التواصل البديلة لدى الأطفال التوحديين، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أهمية استخدام قائمة العلاقات والرموز المرسومة مع هؤلاء الأطفال فضلا عن إسهام مخارج الأصوات في تنمية التواصل الاجتماعي لديهم.

ثالثًا: الأسس العصبية والفسيولوجية:

يعاني الأطفال التوحديون من مشكلة القصور الحسي (الحساسية الزائدة أو المنخفضة لبعض المثيرات) والتي تتعلق بالرؤية أو السمع أو اللمس أو التذوق أو الشم بالإضافة إلى الإحساس بوضع الجسم في الفراغ وحركة المفاصل والعضلات وما قد يؤدى إليه ذلك من سلوكيات استثارة الذات مثل هز الجسم للأمام والخلف أو السلوكيات غير المقبولة مثل وضع الطفل ليدية على أذنيه أو إغماضه لعينية (سيد الجارحي، ٢٠٠٤، ١٣٣٠)

رابعًا: الأسس الاجتماعية:

هناك العديد من الاعتبارات التي تتعلق بالجماعة التي يعيش فيها الفرد المعاق بشكل عام، ولذلك نجد أن مجال تنمية المهارات الاجتماعية مجال لا يمكن تغافله في أي من البرامج التأهيلية الخاصة بهؤلاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولهذا فقد كان اهتمام الباحث التدريب على بعض المهارات الاجتماعية التي تزيد من نسبة تفاعلهم مع الآخرين فضلا عن إعداد لقاءات أسبوعية مع الوالدين لتساعدهم في التعرف على أهداف البرنامج.

خامسًا: الأسس النفسية والتربوية:

هناك العديد من الخصائص والسمات التي تتميز بها الأطفال التوحديين والتي تمت مراعاتها في

بناء البرنامج من حيث توظيف قدراتهم وكيفية استغلالها والحرص على تقدم هذه القدرات عن طريق الاختيار المناسب للمهارات وفقًا لأولوياتها ، ووفقا للأهداف العامة للبرنامج وذلك في إطار إعداد برنامج تدريبي فردي يدرب فيه كل طفل على حدة ، حيث إن الاختلافات كثيرة بين الأطفال التوحديين ولذلك يجب أن يراعي البرنامج التدريبي الاحتياجات النفسية والنمائية لكل طفل.

هـ-كيفية بناء وحدات البرنامج:

اعتمد الباحث في بناء وحدات البرنامج على مجموعة من المصادر العلمية العربية والأجنبية وهي:

أولا: الإطار النظري الخاص بهذه الدراسة وما يشمله من كتب ومراجع عربية أو أجنبية توضح خصائص وسمات الأطفال التوحديين وكيفية التدخل.

ثانيا: الدراسات السابقة التي أجريت على الأطفال التوحديين سواء كانت عربية أو أجنبية والتي أظهرت كيفية التدخل لتعديل سلوك الأطفال، فضلا عن الفنيات العلاجية التي يمكن استخدامها لتحقيق هذا الهدف.

ثالثا: بعض البرامج التي أعدت لهؤلاء الأطفال ومنها:

١. تعليم الأطفال المتأخرين نمائيًّا teaching Developmentally Disabled children (Lovass, et al,. 1989)

٢. علاج وتعليم الأطفال التوحديين واللذين لديهم إعاقات تواصل متصلة بالتوحد treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (T.E..A.C.H) (shopler et al,.1989)

٣. التدخل السلوكي للأطفال المصابين بالتوحد.

Behavioral Intervention for Young Children with AuTism (Maurice, et al, 1996)

٤. افعل _لاحظ _ استمع _ قل (التدخل الاجتماعي للأطفال المصابين بالتوحد) Do_Watch_Listen_Say(social communication For Children With autism)

<u>و–فنيات تعديل السلوك التي تم الإفادة منها في جلسات البرنامج:</u>

إن هذا البرنامج المتضمن في هذه الدراسة يخضع إلى مبادئ المدرسة السلوكية وما تقدمة من مسلمات واجراءات ساهمت في نشأة وتطور العلاج السلوكي، ولا يخفى إسهام هذه الفنيات العلاجية في الحد من العديد من المشكلات السلوكية، ومن منطلق التكامل وسعيًا إلى التغلب على اضطرابات السلوك يقدم هذا البحث برنامجًا تدريبيًا سلوكيًّا يعتمد في تطبيقه على استخدام بعض فنيات تعديل السلوك، وجدير بالذكر أن استخدام هذه الفنيات سيكون على محورين: الأول منهما يتمثل في فنيات تستخدم لتقليل سلوك إيذاء الذات، بينما يتمثل الثاني في فنيات تستخدم لزيادة السلوك البديل الذي سيحل محل سلوك إيذاء الذات.

- ومن أمثلة فنيات المحور الأول:

- الإبعاد المؤقت Time–out
- التخطيط البيئي.
- التدعيم الفارق للسلوك Differential Reinforcement of the Behavior

- ومن أمثلة فنيات المحور الثاني:

- التسلسل: Chinning
- التشكيل:Shaping
- التعزيز :Reinforcement
- النمذجة: Modeling
- الإذبال:Fading
- الحث: Prompting

الإبعاد المؤقت Time-out:

لقد اتفق العديد من الباحثين السلوكيين على أن الإبعاد المؤقت هو انتقال الطفل الى منطقة عزل بعيدة عن المعززات بكل أنواعها لفترة زمنية معينة من أجل الحد من السلوك غير المرغوب فيه، فالإبعاد المؤقت هو نوع من أنواع العقاب السلبى وذلك لأن الطفل هنا يتم إبعاده لفترة محددة نتيجة استجابة غير مناسبة، ويفترض أن عدم إتاحة التدعيم سوف ينتج عنها تناقص الاستجابة غير المناسبة ولقد وجدت الابحاث السلوكية أن معظم الأطفال اللذين يعانون من سلوك إيذاء الذات يمكن أن ينخفض لديهم هذا السلوك اذا ما تبعه مباشرة فترة قصيرة من العزل الاجتماعي (james M. Kauffman 1985,243، عبد العزيز الشخص،٢٠٠٢، ٩٤، لويس مليكه،٢٠٠٢، ٩٣)

وهناك بعض العوامل التي تزيد من فاعلية استخدام أسلوب الإبعاد وهي:

- تحديد السلوك المراد تعديله:

إن تحديد السلوك الذي يحتاج الى تدخل باستخدام الإبعاد المؤقت يعد من أهم الخطوات التي يجب مراعاتها وذلك لأن الأمر لا يقتصر على هذا فقط، بل يجب على القائم بعملية التعديل أن يضع في اعتباره أن هذا هو السلوك الوحيد الذي يتبع معه إجراءات الإبعاد دون غيره من السلوكيات (James E.Walker& Thomas M. shea,1985:82) ونظرًا لطبيعة العينة –عينة الدراسة –الخاصة والتي تتضمن العديد من السلوكيات التي قد تتداخل معًا وتؤثر على الجلسات التدريبية فإن أسلوب الإبعاد المؤقت لم يكن يستخدم الا عندما يقوم الطفل بسلوك ايذاء الذات،

ويستخلص من هذا ضرورة استخدام أسلوب الإبعاد المؤقت مع سلوك إيذاء الذات حتى يدرك الطفل الهدف من عزله وهذا الذي يقودنا الى المرحلة التالية وهي ضرورة فهم الطفل لهذه القواعد.

- فهم الطفل لأسلوب الإبعاد المؤقت:

إن مشاركة الطفل في نجاح اسلوب الإبعاد المؤقت امر لا يستهان به على الاطلاق وذلك لان هذا الاسلوب يعتمد على وعى الطفل بالسلوك الذي يقوم بدوره في تنبيه الطفل بان السلوك الذي يقوم به سلوك شاذ لابد من التخلص منه، وعند استخدام هذا الأسلوب مع الأطفال التوحديين نجد صعوبة في وصول هذه الفكرة لديهم نظرًا لما يبدونه من اهتمام ضئيل بالبيئة من حولهم كما أنهم يميلون الى العزلة ولهذا كان حرص الباحث على أن يكون مكان الإبعاد داخل بيئة الفصل أو حجرة التدريب بالإضافة الى حرمان الطفل من المعززات التي يرغبها مع الأخذ في الاعتبار الخصائص الفردية للطفل قبل التدخل باستخدام الإبعاد المؤقت، وإلا كان الإبعاد مدعمًا للسلوك غير المرغوب فيه (James E. Walker & Thomas M. shea, 1985,83)

- خصائص منطقة الإبعاد:

قد يتضمن الإبعاد المؤقت إبعاد الطفل إلى غرفة منفصلة، أو إلى مكان معين داخل غرفة الدراسة أو الإبعاد عن الجماعة (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢، ١٩٤)

ونظرًا لمقتضيات هذه الدراسة فقد تقرر أن يكون مكان الإبعاد المختار هو في مكان محدد داخل غرفة الدراسة وذلك لما ورد من نقد شديد لأسلوب العزلة في غرفة منفصلة كما أن البعد عن الجماعة قد يمثل للطفل التوحدي نوعًا من التعزيز نظرًا لرغبته في الانفصال عن الجماعة والانغلاق في عالمه الخاص نظرًا لطبيعة الاضطراب الذي يعانون منه.

ولذا ينبغي في منطقة الإبعاد توفر ما يلي:

١. لابد أن تكون منطقة الإبعاد خالية من أي نوع من المدعمات على الإطلاق.

٢. أن تكون منطقة الإبعاد خالية من أي مثيرات بصرية أو سمعية.

٣. ضرورة توافر عنصر الأمان بحيث لا تشكل منطقة الإبعاد أي خطر من أي نوع يمكن أن يقع على الطفل.

٤. قدرة القائم بعملية التعديل على ملاحظة سلوك الطفل أثناء فترة إبعاده.

الخصائص الزمنية التي تتمثل في الخطوة الرابعة التي تندرج تحت شروط فعالية مبدأ الإبعاد المؤقت

مدة الإبعاد

على الرغم من اعتبار أسلوب الإبعاد المؤقت من الفنيات التي تندرج تحت العقاب السلبي فإننا نجد أن أهميته تتبلور في أنه يتجنب العديد من الانتقادات التي وجهت الى استخدام العقاب فضلا على أنه يعطى الطفل فرصة للتفكير في السبب الذي أدى الى إبعاده ولكي يستطيع الطفل الربط بين حدوث السلوك غير المرغوب فيه وإحالته إلى منطقة الإبعاد يجب:

أولا: أن يتم الإبعاد مباشرة بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه.

ثانيا: يتمثل في زمن الإبعاد نفسه وذلك لأنه لابد ألا يكون قصيرًا بحيث لا يحقق الغرض منه، ولا يكون طويلا بحيث ينسى الطفل سبب الإبعاد، قد تكون مدة الإبعاد من ٢–٥ دقائق كحد أقصى ولا تزيد بحال أبدًا إلى ١٠ دقائق. (james E. Walker & Thomas M. shea .1980: 81)

التخطيط البيئي:

يعتبر التخطيط البيئي أحد وسائل إجراءات التنظيم أو الضبط الذاتي ويشمل أسلوب التنظيم الذاتي عامة على قيام المعالج بتعليم العميل المبادئ بعض استجابات الضبط الذاتي مع التدعيم الخارجي على المرافق التي يحدث فيها عادة السلوك غير المرغوب (لويس مليكة، ١٩٩٠، ١١٣)

ويتضمن التخطيط البيئي تغيير بيئة الفرد وإعادة تنظيمها بحيث يتم تغيير ما تقدمه من أدلة منبهة تسبق السلوك أو عواقبه المباشرة ومن هنا حاولنا إدخال بعض التغييرات على بيئة الأطفال التوحديين ومنها:

- وضع مقاعد جلوس هؤلاء الأطفال بعيدا عن الحائط وإزالة أي أداة يمكن أن يستخدمها الطفل في إيذاء نفسه
- تقليل المثيرات المشتتة التي يمكن أن توجد داخل الفصل الدراسي (المرجع السابق، ١١٤)

التدعيم الفارق للسلوك: Differential Reinforcement of the Behavior

أجمعت العديد من الدراسات التي تناولت تعديل السلوك –إيذاء الذات –على ضرورة توافر سلوكيات بديلة تحل محل هذا السلوك الشاذ ولهذا كان لابد من البحث عن فنيات تساعد على اكتساب الطفل مثل هذه السلوكيات البديلة، ولقد تم اختيار التدعيم الفارق للسلوك لأن هذا النوع من التدعيم يعد أحد أساليب العلاج السلوكي، والتدعيم الفارق للسلوك يعرف في العلاج السلوكي أحيانا بمصطلح التدريب على الحذف Omission Training فمثلا يكافأ المريض على سلوك غير سلوك إيذاء الذات لفترات أطول من الوقت، ويحجب الثواب الى أن تنقضي فترة الزمن المحك (لويس مليكه، ١٩٩٤، ٢٨٩)

ومن أهم أسباب الأخذ بمبدأ التدعيم الفارق للسلوك في إجراء البرنامج الخاص بهذه الدراسة ما يلي:

١–هذا الأسلوب من أقوى الأساليب المستخدمة في تعديل سلوك إيذاء الذات إذا ما أحسن استخدامه بشكل صحيح.

٢–يساعد هذا المبدأ على إقامة علاقة جديدة بين الطفل وبين القائم بتدريبه حيث يحصل الطفل من المدرب على المدعمات التي يرغبها.

٣–مبدأ التدعيم يحث ويدفع الطفل المضطرب على بذل الجهد من أجل تحقيق هدف محدد.

٤–يمكن استخدام هذا المبدأ بشكل فردي وفقا لمتطلبات الدراسة.

٥–يحصل الطفل على نتيجة عمله مباشرة بشكل يساعد على زيادة السلوك المرغوب فيه.

وجدير بالذكر أن تدعيم السلوك البديل يعد إحدى الطرق التي تقلل من السلوكيات غير المرغوبة عن طريق تقديم التدعيم للمسترشد حال قيامه بسلوك آخر يختلف عن السلوك المستهدف.(Alan E. Kazdin, 1980: 155) ومن هنا كانت الحاجة إلى فنيات تساعدنا على إكساب الطفل هذه السلوكيات البديلة التي تحل محل سلوك إيذاء الذات.

فنيات زيادة السلوك المرغوب فيه:

التسلسل: Chining

ويتضمن الجمع بين أجزاء من السلوك موجودة في وحدات أكثر تعقيدًا فمثلًا قد ينطق الطفل كلمة (ماما) على مقطعين (ما)، (ما) وهنا يعطى التدعيم للتسلسل في تقارب زمني (لويس مليكه، ١٩٩٠، ٣٢٣)

وتسلسل السلوك هو أسلوب يتضمن ربط سلسلة من أنماط السلوك البسيطة ببعضها لتكوين سلوك معقد. وتزداد فعالية هذا الأسلوب عندما يكون الطفل قد اكتسب بالفعل عددًا من أنماط السلوك البسيطة حيث إنه يفتقر إلى ممارسة السلوك المعقد والأكثر أهمية (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٠، ٢٥)

وهناك العديد من الدراسات التي اعتمدت على فنية التسلسل بشكل أساسي، ومن هذه الدراسات دراسة joseph (N. Ricciardi,2003, 53) والتي هدفت إلى تتبع حالة طفل توحدي عمره ١١ سنة، عاجز عن التحكم في عملية التبول ودراسة أثارها الاجتماعية السيئة وأوضحت الدراسة أن سبب هذه المشكلة هو لفت الانتباه والهروب من الأنشطة والأدوار الحياتية المختلفة ولقد أوضحت هذه الدراسة أن التدخل السلوكي قد تم من خلال النقاط التالية:

١- إعطاء الطفل الملابس المصنوعة من نسيج يمكن خلعه بسهولة ولهذا يمكن للطفل أن يغير ملابسه بنفسه

٢- تحديد الخطوات التي لابد أن يقوم بها داخل الحمام.

٣- منع الانتباه المفاجئ الذي يمكن أن يحدث إذا عجز الطفل عن التبول.

٤- مدح الطفل أثناء التدريب على المهارات.

وهناك دراسة (Chris A. labella & Marjorie. Chriaty, 2002, 231) واعتمدت هذه الدراسة على اكتشاف تسلسل الأحداث المماثلة والاهتمام ببعض الأشياء المادية والهروب والوحدة وكذلك اللعب وذلك باستخدام بعض العناصر التجريبية المتعددة التي تم تصميمها من أجل ذلك ولقد أسفرت النتائج عن أن مشكلات السلوك يمكن أن تظهر عن طريق تعدد وتغيير بعض الوظائف مثل الانتباه والهروب والاهتمام بالأشياء المادية والتعزيز الأولي.

التشكيل : Shaping

إن نظرية التعليم الإجرائي الفعال تتضمن عددًا من المبادئ الرئيسة للعلاج السلوكي للأطفال، ومن أهمها التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي والعقاب والتشكيل ويستخدم عندما نريد أن تعلم سلوكا مركبا وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذى تريد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم إنجاز الخطوات المؤدية الى الهدف النهائي. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، ٥٤)

ولقد أوضحت دراسة (Julie Francke& Eugene A. Geist, 2003, 125 فعالية أسلوب التشكيل في استخدامها لاستراتيجيات اللعب في تعديل التواصل الاجتماعي.

ويشير التشكيل الى زيادة تدريجية في المطالب الخاصة بالشكل، الثقافة ... للسلوك التي يتعين استيفاؤها في السلوك لتدعيمه وفى البداية يدعم السلوك الذى يشبه شبها بعيدًا أو يقترب من السلوك المرغوب ثم يتطلب الامر الحصول على التدعيم المتقارب المتتابع للسلوك المرغوب (لويس مليكه، ١٩٩٠، ٣٢٢)

وتتطلب عملية التشكيل أن يلتزم القائم بالتدريب ببعض الخطوات فلابد أن يحدد السلوك المراد أن يتدرب عليه الطفل ثم يقوم بتقسيمه إلى وحدات منفصلة وفقا لعملية تحليل المهمة التي يقوم بتدريب الطفل على كل وحدة منها بشكل منفصل ويتضمن التشكيل تقديم التعزيز بصورة تدريجية أو منظمة عقب السلوكيات التي تقترب أكثر من السلوك المرغوب كما أنه لا يجب أن يغفل القائم بالتدريب عن وضع معيار لنجاح مهمة ما قبل أن ينتقل الى المهمة التي تليها (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢، ٤٨)

وفي دراسة هالة كمال الدين (٢٠٠١) والتي هدفت إلى إكساب الأطفال التوحديين بعض مهارات السلوك الاجتماعي مثل: التواصل البصري والتقليد والمبادأة واتباع التعليمات البسيطة وأظهرت النتائج انخفاضًا دالًا في مستوى الأداء المميز للطفل التوحدي في المجموعة التجريبية على قائمة تقييم الطفل التوحدي بالإضافة إلي تحسين مستوى التفاعل واللعب والبناء والمستقبل وإقامة العلاقات كما انخفض معدل تكرار الأصوات الفردية المنفصلة وارتفع معدل ظهور الألفاظ الجديدة.

وبالرغم من أن التشكيل يعتبر أسلوبًا فعالًا في تنمية السلوكيات الجديدة فإنه يشوبه بعض العيوب والتي منها أنه يسمح للطفل بالاستمرار في مستوى معين من الاستجابة لفترة طويلة فعندما يتم تعزيز الطفل لفترة زمنية طويلة عند

خطوة معينة، فإن تقدمه يسير ببطء وربما يتوقف ومن ثم قد تلزم إعادة عملية التشكيل مرة أخرى مبتدئين بسلوك أولي يختلف عن المرة الأولى (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢، ٦٠–٨١).

التعزيز : Reinforcement

هناك اتفاق بين جميع الباحثين المهتمين بتعديل السلوكيات المضطربة لدى الأطفال على أن التعزيز يستخدم في زيادة السلوك المرغوب فيه وينقسم التعزيز الى نوعين هما:

التعزيز الإيجابي، التعزيز السلبي.

_ التعزيز الإيجابي:

يتضمن التعزيز الإيجابي تقديم شيئًا مرغوبًا عقب السلوك مباشرة مما يؤدى الى زيادة معدل حدوثه ولكن يطلق على الشيء المرغوب (مثل الابتسام أو الحلوى أو المدح أو النقود أو الانتباه) معززًا إيجابيًا، ولابد أن يزيد هذ المعزز من معدل حدوث السلوك المستهدف، أو مدته، أو شدته، وهذه المدعمات أو ما يطلق علية لواحق السلوك تساعد على زيادة أو بقاء السلوك أو اختفاء السلوك الأصلي في المستقبل، كما أن عملية التدعيم الإيجابي تشمل زيادة في احتمال بقاء السلوك عن طريق التدعيم اذا ما كان هذا المعزز مناسب وله معنى لدى الفرد نفسه (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢، ٩٨)، (jamesE.walker&ThomasM.shea,1980:246)

وهناك كثير من الدراسات اعتمدت على مبدأ التدعيم في تعديل العديد من السلوكيات المضطربة ومنها دراسة (Ronald lee et.al.,(2001حول مدى فاعلية الاختلاف وجداول التعزيز التدريجية في الاستجابات اللفظية للأفراد التوحديين، وأوضحت نتائج هذه الدراسة زيادة في النسبة المئوية للتجارب الخاصة بتغيير الاستجابات اللفظية لدى عينة الدراسة بالإضافة إلى الزيادة التراكمية في هذه الاستجابات كما أوضحت أهمية جداول التعزيز وفاعليتها في زيادة الاستجابات، ودراسة Iser Deleon,et al., 2002 والتي توصلت إلى أن السلوك المراد تعديله (السلوك الانسحابي) قد حدث له انطفاء بعد التدعيم الإيجابي، كما أن استجابة الطفل كانت أفضل باستخدام

التدعيم الإيجابي، وكذلك دراسة (Barbara becker et al., (2003 حول أحد نماذج تدعيم السلوك الإيجابي باعتباره مدخلًا شاملًا يستخدم في توجيه السلوك من أجل تحسين نوعية حياة هؤلاء الأطفال.

_ التعزيز السلبي:

وهذا النوع من التعزيز هو أكثر الأنواع التي يساء فهمها، حيث الخلط الشديد بينه وبين العقاب، غير أنه يعد أيضًا من الأنواع التي تزيد من السلوك المرغوب ولكنة يأخذ شكلًا آخر يختلف عن التعزيز الإيجابي، فالتدعيم السلبي يتمثل في توقف أو منع حدث كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه، ولذا فإنه يعمل على إزالة مثير أو منبه كريه، وبذل الجهد في زيادة معدل حدوث السلوك المرغوب فيه، وبذا فإنه يختلف عن العقاب الذي يعمل على زيادة مثير أو منبه كريه للحد من السلوك غير المرغوب فيه (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ٨٤)

وبالرغم مما ذكر نجد أن بعض الدراسات تناولت فاعلية التدعيم السلبى في تعديل السلوك المضطرب لدى التوحديين أو غيرهم من الإعاقات، مثل دراسة (Dominique A. Mossman et al., (2003, 252 _260 حول الاستجابات الانفعالية داخل سلوك إيذاء الذات ولقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن سلوك ايذاء الذات يرتبط ببعض المشاعر السلبية كما يفضل استخدام التدعيم السلبي في علاج هذا النوع من السلوك المضطرب وكذلك دراسة Kevin S. Sutherland & Nirbhay Sliming, 2004,169 حول فاعلية استخدام التدعيم السلبى في تعليم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية وغير قادرين على إنجاز المهارات الأكاديمية ولديهم مشكلات سلوكية داخل الفصل التي أرجعوا سببها الى وجود مثيرات منفرة لهم تجعلهم غير قادرين على الاستفادة من المهارات الأكاديمية. مما سبق يتضح أن نسبة استخدام التدعيم الإيجابي كانت أكبر من التدعيم السلبي فضلًا عن زيادة نسبة فاعليتها وخاصة فيما يتعلق بالاضطرابات السلوكية ولهذا فلقد اختير التدعيم الإيجابي كأحد الفنيات المستخدمة في هذا البرنامج.

أنواع المعززات:

هناك العديد من المعززات التي يمكن استخدامها في تدريب الأطفال بشكل عام سواء أكانوا من العاديين أو غير العاديين، وذلك نتيجة لاختلاف رغباتهم وفقا لمبدأ الفروق الفردية. ولذا يجب على القائم بالتدريب أن يحسن اختيار المعززات التي سوف يستخدمها وذلك لما تشمله هذه الخطوة من أهمية لنجاح عملية تعديل السلوك كما أنه إذا لم يتصف هذا المعزز بالقوة المناسبة فلن يدفع الطفل لبذل جهد للحصول عليه.

وتصنف المعززات إلى ثلاثة أنواع رئيسة هي:

أ- معززات مادية وتنقسم إلى:

- المأكولات والمشروبات: مثل الحلوى والعصير ...الخ

- الألعاب والأدوات: مثل الدمى والأقلام أو المجلات مع مراعاة أن هناك بعض التوحديين يهتمون ببعض الأشياء المادية ويستخدمونها في حركاتهم غير الهادفة، ولذا يجب على المدرب عدم مكافأتهم بمثل هذه الأدوات لأنها تدعم لديهم هذا السلوك غير الهادف.

ب–معززات نوعية وتنقسم إلى:

- لفظية: ومن أمثلتها كلمات المديح والثناء
- معنوية: مثل الربت على الكتف والتقبيل والاحتضان.

مع الأخذ في الاعتبار أن بعض الأطفال التوحديين لا يستجيبون للتقبيل أو الاحتضان وبالتالي لن يمثل التقبيل أو الاحتضان لهذه الفئة من الأطفال نوعًا من التعزيز، وإنما يقاومونه بشدة وبالتالي يصبح منفرًا لهم ولا يصح استخدامه كمدعم لزيادة السلوك.

- معززات نشاطية:

وتتمثل في إتاحة الفرصة للطفل لاختيار وممارسة الأنشطة التي يفضلها.

ولا شك في أن التعزيز تؤثر فيه عوامل كثيرة، تؤثر في فعاليته ومنها اختيار التعزيز، وتوقيته، وتعزيز المراحل الداخلية فضلا عن كميته وتنوعه.... الخ، ولتجنب هذه العوامل فإنه ينبغي سؤال المعلمين وأولياء أمور هؤلاء الأطفال عينة الدراسة عن خصائص مدعماتهم.

النمذجة Modeling

التعليم بالنموذج من أكثر الوسائل المستخدمة في تدريب الفئات ذوي الاحتياجات حيث لا يخلو أي برنامج من استخدام هذه الفنية وذلك لأنها توفر للطفل فرصة مشاهدة ما يكلف به أو يطلب منه بشكل كلي، ثم تقليد هذا النموذج وبالتالي يسهل على الطفل تعلم المهارة.

وهناك العديد من التجارب والبرامج التي استخدمت هذه الفنية وأسفرت نتائجها عن فاعلية النمذجة في تعديل بعض أنواع السلوك المضطرب، ومن أكثر هذه البرامج ملائمة للطبيعة هذه الدراسة برنامج lovas ولقد استعان لوفاس (١٩٦٧) بأسلوب عرض النماذج لتعليم الأطفال التوحديين مهارات اللغة، و بعض المهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل الاجتماعي، والتدريب على التواصل البصرى فضلًا عن تعليمهم مهارات الرعاية الذاتية وبعض أنماط اللعب

ولقد وضحت الدراسات أن التقليد ينتمى إلى فئة من الاستجابة المعممة وليس مجرد تقليد حركات معينة ولذلك يتعين تدريب المسترشد على الاستجابة للتعليمات ومنها تقليد السلوك النموذجي (لويس مليكة، ١٩٩٠، ٣٢٢)

ومن الدراسات التي استخدمت هذه الفنية دراسة (patricia D'Alene, et al., (2003 وكانت حول استخدام نموذج الفيديو في تعليم تسلسل اللعب المعقد في مراحل ما قبل المدرسة فقد أوضحت هذه الدراسة أن هذا يعد أحد النماذج الفعالة في إجراءات التدريب من أجل تحديد عيوب أو نقص مهارات اللعب التخيلي الذي يعد شائعًا لدى الأطفال التوحديين، ولقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن التدخل باستخدام الفيديو يزيد من سرعة اكتساب كلا من الاستجابات النفسية والحركية أثناء اللعب.

وكذلك دراسة (john Trap, et al., (2004 حول التحليل الوظيفي لحركات الجسم الشاذة بواسطة المثيرات البصرية وهدفت الى وضع تصميم معين في تحليل السلوك التكراري الذى يتم ملاحظته من خلال ارتباطه ببعض المثيرات وهو ما يتضح من خلال الحركة الشديدة للجسم ولقد اعتمدت في تناولها لهذا الموضوع على دراسة حركة طفل توحدي واستخدمت بعض المثيرات تم عرضها على الطفل وتنقسم إلى:

١- بعض الأنشطة البصرية التي عرضت من خلال شاشة التلفزيون.

٢- بعض الأنشطة التي عرضت بواسطة شرائط مسجلة وفقا لظروف محكمة.

ولقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الحركات الشاذة والكثيرة للجسم قد قلت من خلال التوافق المباشر بين حركة الجسم والمثيرات البصرية.

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن فاعلية هذه الفنية العلاجية تتوقف على وجود شخص يؤدي السلوك المطلوب بجودة وفعالية، أو من خلال فيلم تعرض فيه الصور بشكل متسلسل لكيفية أداء السلوك (عبد الستار ابراهيم، ١٩٩٣، ١٠٩)

وهناك شروط لها علاقة بطبيعة هذه الفنية المستخدمة في الدراسة وهي أنه يتوجب على الباحث أن يراعي انتباه الطفل النموذج، وذلك نظرًا لما يعانيه التوحديون من قصور في الانتباه، ولذا يجب اختيار سلوك تتناسب مدة عرضه مع قدرة هؤلاء الأطفال على الانتباه وأن لا يمارس الطفل سلوكًا خاصًا باستثمار الذات أو ما يطلق عليه السلوك النمطي Steriotyping behavior والتي تحول دون انتباه الطفل أو تؤثر على مثل: هز الجسم، أو الأيدي ....الخ

إدراكه للسلوك، هذا بالإضافة إلى كون النموذج مقبولًا لدى الطفل، من حيث التقارب في العمر الزمني أو جاذبية الموقف (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، ١١٠)

وتجدر الإشارة هنا إلى دراسة:(Douglas, E. Carothers & Ronald Tailor, 2004,102) حول أداء الآباء والمعلمين من أجل تعليم أبنائهم ذوي اضطراب التوحد مهارات الحياة اليومية، وقد هدفت الدراسة إلى التحقق من قدرة الأطفال على أداء الوظائف التي تتطلب منهم اعتمادًا على أنفسهم، وأنهم يحتاجون إلى العديد من التوجيهات لكي يمارسوا مهارات الحياة اليومية.

ولقد استخدمت هذه الدراسة ثلاثة طرق للتعاون بين المعلمين والآباء: نموذج الفيديو، وجدول الرسومات التوضيحية، ونموذج يوضح أشكال الأقارب والأخ والأخت). وأوضحت نتائج الدراسة ان النماذج الثلاثة السابقة يمكن استخدامها في كل من البيت والمدرسة من أجل تحسين وظائف الحياة اليومية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما أوضحت أنه قد تحسن أداء الأطفال ذوي اضطراب التوحد بشكل أكبر.

الإذبال: fading

وهو يشير إلى الإزالة التدريجية للحث بحيث يتحول ضبط الاستجابة المرغوبة من الحث إلى الضبط من خلال المنبهات الحسية وهنا يجب على القائم بالتدريب أن يضع في اعتباره ضرورة الاستبعاد التدريجي لجميع أشكال الحث التي استخدمها أثناء التدريب حتى يصل الطفل إلى الأداء الاستقلالي بأقل قدر من المساعدة (لويس مليكة، ١٩٩٠، ٣٢٢)

ونظرا لطبيعة الفئة التي نتعامل معها فهي تفرض علينا دخلًا معينًا يختلف من حالة إلى أخرى، ولهذا فإن العاملين في هذا المجال لن يجدوا صعوبة في هذه الخطوة لما تتطلبه من وقت وجهد كبير، اذ يمكن أن يواجه القائم بالتدريب بأن الطفل لا يرغب في إتمام المهمة بعد استبعاد الحث، وهذا يمثل أثرًا سلبيا لدى كل من الطفل والمدرب، ومن هنا تتضح أهمية استخدام هذه الفنية بدقة بالغة حيث يتجنب المدرب الأخطاء التي يمكن أن تؤثر في عملية التدريب الفعال، ويمكن التغلب على هذه المشكلة باستخدام المعززات المادية أثناء الاستعداد التدريجي لأشكال الحث البدني سواء كان كليًا أو جزئيًا، وكذلك أثناء الحث اللفظي والحث بالتقليد إلى غير ذلك من أشكال الحث، ويمكن بعد فترة استبدال المعزز المادي بآخر معنوي.

الحث Prombting:

قد يكون المدعم الذى يحصل علية الطفل نتيجة لأدائه غير كاف لحثه على القيام بالعمليات المطلوبة منه، وقد يرجع ذلك لعدم رغبة الطفل في العمل أو لعدم قدرته على أداء المهمة المطلوبة منه وفى هذه الحالة يجب على القائم بالتدريب أن يحث الطفل على البدء في القيام بالعمل المطلوب منه وقد يحتاج المدرب أن يساعد الطفل في جميع خطوات تنفيذ المهارة وقد يكون الحث لفظيا أو غير لفظي طبقا لخصائص السلوك المستهدف (لويس مليكة، ١٩٩٠، ٢٢)

وتستخدم غالبية الدراسات الحث كأحد أساليب التعامل مع عينة الدراسة باختلاف أهدافها وعلى سبيل المثال دراسة (Koe David (1991, 40 التى قدمت نموذجًا مميزًا يتمثل في الاستعانة بأخوة وأخوات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بهدف تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أخواتهم التوحديين عن طريق اللعب. وقد تكونت عينة الدراسة من طفلين توحديين يبلغان من العمر ٧ سنوات وطفلين آخرين يمثلان أخوي الطفلين التوحديين ويبلغان من العمر ٩ و ١١ سنة. وقد تلقى هذان الطفلان تدريبا على كيفية استخدام فنيات التعزيز والحث اللفظي لتنمية السلوكيات المقبولة لدى إخوتهم أثناء انشطة اللعب المختلفة، كما أن الاخوة تلقوا تعزيزًا وحثًّا من جانب المدربين للتفاعل واللعب مع أقرانهم ولقد اسفرت نتائج الدراسة عن تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي، واستجابة اللعب اللفظي وغير اللفظي لدى الطفلين التوحديين.

ومن هذا يتضح أن القائم بالتدريب يمكن أن يستخدم أنواعًا كثيرة من الحث، منها:

١- المساعدة البدنية:

عن طريق الإمساك بأجزاء من جسم الطفل، وهذه المساعدة إما أن تكون كلية مثل إمساك الطفل ومساعدته بدنيًّا على إنجاز المهمة، أو تكون جزئية عن طريق توجيه لمسة خفيفة ليد الطفل.

٢- المساعدة اللفظية:

ويستخدم هذا النوع من الحث إذا ما كانت المهمة المراد تعلمها ترتبط باللغة، فعندما نطلب من الطفل أن يعبر عن حاجته للماء باستخدام لفظة " أشرب" فيمكن أن يوجه الطفل لفظيا باستخدام المقطع الأول وهو (أشـ).

٣- المساعدة بالإشارات والإيماءات:

أن يشير المدرب بيديه مثلا على الاستجابة الصحيحة أو يستخدم الايماءات للتعبير عن القبول أو الرفض بشرط أن يكون الطفل قادرًا على استيعاب هذه الاشارات أو الإيماءات.

٤- المساعدة بتقريب وضع الأشياء:

وتستخدم هذه الطريقة إذا ما كانت الاستجابة الصحيحة التي سيقوم بها الطفل تعتمد على الاختيار، وهنا يقوم المدرب بوضع الاستجابة الصحيحة في الوضع الأقرب إلى الطفل بحيث يسهل عليه اختيارها.

ز-الأسلوب الإرشادي المتبع في تطبيق البرنامج:

اطلع الباحث على العديد من الكتابات الأجنبية ونماذج للبرامج الإرشادية؛ وذلك لاختيار الأسلوب الإرشادي للبرنامج، منها على سبيل المثال لا الحصر: كما بدراسة: (Ziegler, Daniel , J; -Nucci, Christine, (2002 (Bannerman , Anne , M., 2005) -Leslie, Yvonne , M., (2003)

هذا وقد اتبع الباحث أسلوب الإرشاد الجماعي Group Counseling في تطبيق البرنامج الحالي، حيث يلعب الإرشاد الجماعي دورًا هامًا في التقليل من حدة تمركز المسترشد حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير ، مما ينمى الثقة في النفس وفى الآخرين ويقوي عاطفة اعتبار الذات واحترام الذات والشعور بالقيمة ، ويكفل تصحيح وتعديل مفهوم العميل عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم الخارجي عموما في اتجاه تقدير الذات والتحقق من قدراته ، مما يزيد تقبله للآخرين وتقبل الآخرين له (حامد زهران، ٢٠٠٢، ٣٣٥)

وتتمثل مزايا متعددة للإرشاد الجماعي في:

- الاقتصاد في النفقات مع توفير الوقت والجهد والتكلفة.
- يتيح لفرصة لأكبر عدد ممكن من المحتاجين للعلاج.
- يساعد الفرد عن التنفيس عن انفعالاته، ويقلل من مشاعر القلق والشعور بالألم لديه.
- يقلل من تمركز الفرد حول ذاته ويقوي لديه عاطفة اعتبار الذات والثقة بالنفس.
- يكفل لدي الفرد تصحيح سلوكه ومفهومه عن ذاته، وعن الآخرين.
- يدفع الفرد نحو البحث عن وسائل أخري لحل صراعاته، ومشكلاته وإشباع حاجاته، مما يقلل من مخاوفه، ويفتح الطريق أمامه لنمو أنماط سلوكيه سوية جديدة.
- يؤكد للفرد أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي، أو من مشكله نفسيه، وهذا يقلل من شعوره الفرد بالعزلة.
- انه منهج وطريقه لمساعدة الفرد الانسحابي ليتعلم أن الآخرين ما هم إلا أصدقاء مأمونين (زينب شقير،٢٠٠٢، ٣٠٥، ٣٠٦).

ح- الفئة التي وضع من أجلها البرنامج:

يقصـــد بالفئة في هذا البرنامج، أفراد المجموعة التجريبية من عينة الدراســـة الحالية من مرتفعي إيذاء الذات، وعددهم (٤) أطفال توحديين ممن تتراوح أعمارهم فيما بين (١٠-١٢) سنة.

ط-اختيار محتوى البرنامج:

تم انتقاء محتوى جلسات البرنامج من خلال الدراسة الاستطلاعية وبناءً على الأهداف التي تم تحديدها وكذلك الإجراءات العملية بما تضمنه من فنيات وأنشطة مستخدمة، روعي عند اختيار محتوى البرنامج أن يكون متنوعًا. وأن يحقق الأهداف التي وضـع من أجلها وبما يتناسـب مع طرق العرض والوسـائل الممكنة في حدود الإمكانات المتاحة، وبما يساعد على تحقيق الهدف منه.

ي-صلاحية البرنامج وضبطه:

للتأكد من صدق البرنامج وصلاحيته لما وضع له فقد تم:

- -تحديد الشكل العام للبرنامج وتحكيم (١٠) أساتذة من تخصصات علم النفس والصحة النفسية للتأكد من أنه يأخذ الشكل العام للبرنامج.
- -صياغة أهداف كل نشاط صياغة إجرائية بصورة يمكن قياسها.
- -التأكد من خلال المحكمين من دقة اختبار المحتوى المقدم بما يحقق الهدف المرجو من كل نشاط إرشادي.
- -التأكد من وضوح ومناسبة أسلوب العرض والوسائل المستخدمة وطريقة التدريب.
- -التأكد من تنوع الأنشطة والمحتويات المتضمنة في كل نشاط إرشادي واتساق ذلك مع الهدف الخاص بالنشاط.
- -تم إجراء التعديلات في ضوء توجيهات السادة المحكمين.

وقد اسـتطاع الباحث من خلال هذه التدريبات الإرشـادية المقدمة أن يحدد بعض النقاط المهمة التي وضـعتها في الاعتبار عند تنفيذ البرنامج مثل:

- إتباع أسلوب التكرار أثناء ممارسة الأنشطة نظرا لصعوبة التركيز التام لدى الأطفال.
- أن تكون اللغة المستخدمة سهلة وبسيطة.
- الألفاظ والعبارات واضحة ومفهومه
- تبسيط الأنشطة والتعليمات بحيث تتناسب مع قدرات الأطفال وإمكاناتهم.

- مراعاة التوقف وإعطاء شرح مبسط عندما يحتاج الأمر شرحًا توضيحيًا أكثر مما يقدمه البرنامج.

ك-تطبيق البرنامج:

تم اختيار العينة التجريبية وذلك بعد زيارة المؤسسة أكثر من مرة للتعرف على نوع البيئة المؤسسية والأخصائيين والإمكانات المتاحة والجو النفسي السائد، وذلك بعد تحديد الأطفال التوحديين (عينة الدراسة) باستخدام المقياس المعد خصيصًا لهذا الغرض، ثم تطبيق جلسات البرنامج والتي بلغ عددها ثلاثين جلسة إرشادية على مدار (١٠) أسابيع بواقع ثلاث جلسات في كل أسبوع.

ل- تقويم البرنامج:

يتم تقويم فعالية البرنامج المقترح والذي طبق على الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن طريق قياس مدى الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في السلوك العدواني الموجه نحو الذات ومقارنة النتائج القبلية والبعدية للعينة التجريبية.

وإن كان الباحث يرى أن هناك طرقًا أخرى مساعدة يمكن الاستعانة من خلالها في تقييم البرنامج من أهمها:

- مدى انتظام أفراد المجموعة التجريبية في حضور الجلسات، والمشاركة في أنشطة البرنامج.
- دراسة التغيرات السلوكية التي تحدث لدي الأطفال المشاركين في البرنامج.
- معالجة البيانات إحصائيا لاستخلاص النتائج وتفسيرها ومناقشتها.

مخطط جلسات البرنامج الخاص بالأطفال عينة الدراسة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	مكان الجلسة	زمن الجلسة	الأنشطة والمعززات	ملاحظات

			خلال الجلسة				
الأولى	علاقة إرشادية تهيئة وتعارف	- التعارف بين الباحث وأفراد العينة. - إشاعة جو من الألفة والود بين البا حث وأفراد العينة.	المناقشة، النمذجة، لعب الدور	غرفة الصف الدراسي.	٢٥ دقيقة	لعبة أجزاء الجسم، الحلوى، عروض كرتونية	
الثانية	توطيد العلاقة الإرشادية وزيادة التقبل	- توثيق العلاقة بأفراد العينة. - زيادة الثقة والتقبل المتبادل.	المناقشة، لعب الدور	غرفة الصف الدراسي.	٢٥ دقيقة	نشاط حركي، قطع الحلوى	
الثالثة	اتباع التعليمات	- إكساب الطفل مهارة تنفيذ التعليمات الشفوية. - البقاء فترة أطول	المناقشة، لعب الدور، التعزيز	غرفة الصف الدراسي.	٣٠ دقيقة	قصة قصيرة مصورة، قطع الشوكولاتة، الثناء والمديح.	

		جالسًا في المقعد.					
الرابعة	اتباع التعليمات وتنمية التواصل غير اللفظي	- تنفيذ التعليمات اللفظية وفهم مدلولات الصور وتعبيرات الوجه ودرجة الصوت.	المناقشة والحوار، لعب الدور.	غرفة الصف الدراسي.	٣٠ دقيقة	نماذج بصرية (صور)، قطع الحلوى والهدايا	
الخامسة	تنمية مهارات التواصل.	- فهم الطفل لعلامات وتعبيرات الوجه واليدين، واستخدام اللغة. - التخفيف من سلوك الإيذاء البدني أو المعنوي.	الإبعاد، التعزيز، لعب الدور.	غرفة الصف الدراسي.	٣٠ دقيقة	قصة مصورة، قطع الحلوى، أوراق ملونة للرسم.	
السادسة	التحكم في انفعالات الطفل،	- أن يتحكم الطفل في انفعالاته ويعدل من تصرفاته.	الإبعاد، التعزيز الإيجابي، التعزيز	غرفة الصف الدراسي.	٣٠ دقيقة	فيلم كرتوني قصير (٥-٧دقائق)	

	وتخفيف سلوك ايذاء الذات لدى أفراد العينة.	– التخفيف من سلوك الإيذاء البدني أو المعنوي.	التفاضلي للسلوك.			صلصال، قطع الشوكولاتة.	
السابعة&الثامنة	خفض سلوك إيذاء الذات	– التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات)	الممارسة السالبة، التعزيز التفاضلي للسلوك.	غرفة الصف الدراسي.	٣٠ دقيقة	نشاط حركي، قطع الشوكولاتة، التعزيز الاجتماعي.	
التاسعة& العاشرة	خفض سلوك إيذاء الذات.	– خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	الاقتصاد الرمزي، تكلفة الاستجابة، التعزيز	غرفة الصف الدراسي.	٣٥ دقيقة	نشاط حركي، فيلم كرتوني، المعززات الأولية والثانوية.	
الحادية عشرة& الثانية عشرة	خفض سلوك إيذاء الذات.	– خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	التعزيز التفاضلي للسلوك، التعزيز، الإبعاد.	غرفة الصف الدراسي.	٣٥ دقيقة	نشاط حركي، المعززات الأولية والثانوية	

الثالثة عشرة& الرابعة عشرة.	خفض سلوك إيذاء الذات	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	التعزيز التفاضلي للسلوك، الاقتصاد الرمزي، تكلفة الاستجابة	غرفة الصف الدراسي.	٣٥ دقيقة	نشاط حركي، المعززات الأولية والثانوية، الرمزية، سباق سيارات.	
الخامسة عشرة& السادسة عشرة.	خفض سلوك إيذاء الذات.	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	الممارسة السالبة، التعزيز التفاضلي للسلوك	غرفة الصف الدراسي.	٣٥ دقيقة	المعززات الأولية والثانوية	
السابعة عشرة& الثامنة عشرة.	خفض سلوك إيذاء الذات	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	التعزيز التفاضلي للسلوك، العقاب (تكلفة الاستجابة)	غرفة الصف الدراسي.	٣٥ دقيقة	المعززات الأولية والثانوية، واللعب على الحاسوب الشخصي PC	
التاسعة عشرة	خفض سلوك إيذاء الذات	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم	الإبعاد، التعزيز بنوعيه، التعزيز	غرفة الصف الدراسي.	٣٥ دقيقة	نشاط حركي، المعززات	

		السلوكيات البديلة.	التفاضلي للسلوك.			الأولية والثانوية	
العشرون، الحادية والعشرون.	خفض سلوك إيذاء الذات	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	الإغفال، والتعزيز التفاضلي للسلوك التعزيز بنوعيه.	غرفة الصف الدراسي، إحدى القاعات	٣٥ دقيقة	المعززات الأولية والثانوية، فيلم كرتوني	
الثانية والعشرون، الثالثة والعشرون.	خفض سلوك إيذاء الذات	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	التعزيز التفاضلي، الممارسة السالبة، التعزيز السلبي.	غرفة الصف	٣٠ دقيقة	المعززات الأولية والثانوية، نشاط حركي.	
الرابعة والعشرون&	خفض سلوك إيذاء الذات	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	الإطفاء، والتعزيز	غرفة الصف.	٣٠ دقيقة	نشاط حركي، المعززات المختلفة.	
الخامسة والعشرون.	خفض سلوك	- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم	التعزيز التفاضلي للسلوك،	غرفة الصف.	٣٠ دقيقة	نشاط حركي، المعززات	

	إيذاء الذات	السلوكيات البديلة.	التعزيز السلبي			الأولية والثانوية.	
السادسة والعشرون، والسابعة والعشرون.	خفض سلوك إيذاء الذات	– خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	التدعيم الفارق للسلوك، التعزيز، النمذجة.	غرفة الصف.	٣٠ دقيقة	نشاط حركي، المعززات المختلفة.	
الثامنة والعشرون، التاسعة والعشرون.	خفض سلوك إيذاء الذات	– خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	الإطفاء، الإبعاد المؤقت، التعزيز، الممارسة السالبة.	غرفة الصف.	٣٠ دقيقة	نشاط حركي، المعززات المختلفة.	
الثلاثون.	خفض سلوك إيذاء الذات	– خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.	التعزيز التفاضلي، الخبرة المنفرة، التعزيز بنوعيه.	غرفة الصف.	٣٠ دقيقة	نشاط حركي، المعززات المختلفة.	

خامسا: الأسلوب الإحصائي المستخدم:

اعتمد الأسلوب الإحصائي المستخدم على طبيعة الدراسة والمتغيرات المستخدمة موضع الاهتمام فيها ، وحجم العينة والدرجات الخام وقد اتبع الباحث المعالجة الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون.
- معامل ألفا كرونباخ.
- اختبار ويلككسون.Wilcoxon Test

سادسا: خطوات الدراسة:

اتبع الباحث في إجراء دراسته الخطوات التالية:

١-اختيار عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتحديد إحصاء لعدد الأطفال التوحديين وتحديد أعمارهم الزمنية.

٢ – تطبيق مقياس تشخيص التوحد.

٣-تطبيق مقياس إيذاء الذات على أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج، وهدفت عملية التطبيق القبلي للتعرف على درجة إيذاء الذات لدى أفراد العينة وذلك قبل تطبيق البرنامج عليهم، لمقارنتها بدرجاتهم بعد التطبيق.

٥-تم تطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية.

٦-بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، قام الباحث بتطبيق مقياس إيذاء الذات على أفراد المجموعة التجريبية، ثم المقارنة بين درجات الأفراد قبل وبعد تطبيق البرنامج.

٧- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بمدة (٩٠) يومًا قام الباحث بإعادة تطبيق مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات على أفراد المجموعة التجريبية لمعرفة مدى استمرار فاعليته.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة ومناقشتها

أولًا: نتائج الفرض الأول ومناقشتها.

ثانيًا: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها.

رابعًا: توصيات وبحوث مقترحة.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطي درجات التلاميذ عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات لصالح القياس البعدي" وللتحقق من صحة هذا الفرض فقد استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون للعينات اللابارامترية للأزواج المرتبطة من خلال البرنامج الإحصائي SPSS، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول(٨)

يوضح متوسط ومجموع الرتب وقيمة Z ومستوى الدلالة للفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات (قبل وبعد التعرض للبرنامج الإرشادي)

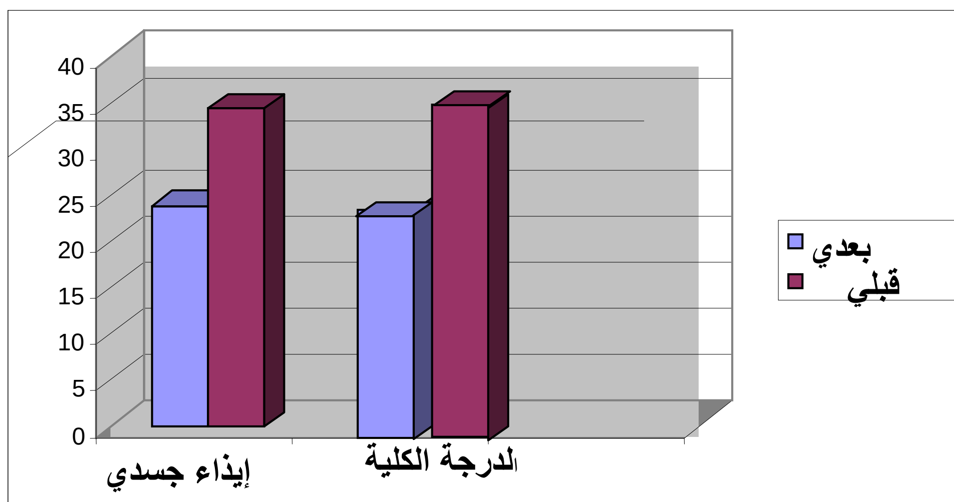
الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الإيذاء الجسدي	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	٤ ٠ ٠	٢.٥٠ ٠ ٠	١٠.٠٠ ٠ ٠	٢.٢٤	٠.٠٥
الإيذاء النفسي	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	٤ ٠ ٠	٢.٥٠ ٠ ٠	١٠.٠٠ ٠ ٠	٢.١٨	٠.٠٥
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤	٢.٥٠	١٠.٠٠ ٠	٢.٢٠	٠.٠٥

		٠	٠	٠	الرتب الموجبة	
			٠	٠	التساوي	

مستوى الدلالة عند (٠.٠١) = ٢.٥٨ مستوى الدلالة عند (٠.٠٥) = ١.٩٦

يتضـــح من الجدول الســـابق أن قيم Z المحســـوبة لأبعاد مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (٢.٢٤، ٢.١٨، ٢.٢٠) وهى قيم أكبر من القيمة الحدية (١.٩٦)، مما يشـير إلى وجود فروق دالة إحصـائيا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، على مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس في اتجاه القياس البعدي، مما يعنى تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية (عينة الدراسة) بعد تعرضهم لجلسات البرنامج.

والشـــــكل البياني التالي يوضـــــح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياســـــين القبلي والبعدي لمقياس إيذاء الذات.



شكل(٣)

يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى

لمقياس إيذاء الذات

لقد هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين، ولذلك تم تصميم البرنامج الإرشادي السلوكي وتطبيقه على عينة من الأطفال التوحديين، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٨ – ١٠) ســـنة،وتم تطبيق مقياس: إيذاء الذات قبليًّا وبعديًّا وتتبعيًّا على مجموعة الدراسة(التجريبية)، وباستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب والذي تمثل في: اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للعينات اللابارامترية، أظهرت نتائج الدراسة فاعلية استخدام البرنامج الإرشادي السلوكي في خفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين(عينة الدراسة).

١- فقد اتضح من نتائج الجدول(٨):

أن قيم Z المحســـوبة لأبعاد مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (٢.٢٤، ٢.١٨، ٢.٢٠) وهي قيم أكبر من القيمة الحدية (١.٩٦)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، على مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس في اتجاه القياس البعدي، مما يعنى تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لجلسات البرنامج.

ويمكن تفســير ومناقشــة هذه النتيجة في ضــوء المضــامين والمصــاحبات النفســية لمقياس إيذاء الذات المستخدم في الدراسة من ناحية، والفنيات والخبرات والممارسات المتضمنة في البرنامج الإرشادي السلوكي المستخدم في الدراسة من ناحية أخرى.

وترجع هذه النتيجة إلى نتائج اشـــتراك وانتظام أطفال المجموعة التجريبية في جلســـات البرنامج الإرشـــادي السلوكي المستخدم، حيث كانت الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات معنى ومغزى في حياة هؤلاء الأطفال، مما جعلهم أكثر مرونة وأكثر فهماً وحرصًــا ووعيًا للاســتفادة الكاملة من فنيات البرنامج المســتخدم في إطار مواقف حياتية واقعية معاشــة مما أسهم في خفض إيذاء الذات، حيث كانت الفنيات تتنوع ما بين :الإبعاد المؤقت– التخطيط البيئي– التدعيم الفارق– التسلسل– التشكيل– التعزيز – النمذجة– الإذبال– المحو، حيث ساهم ذلك في زيادة وعيهم وإدراكهم لأسباب العنف سواءً للذات ، أو للآخرين وطرق مواجهتها، مما ساهم في زيادة قدرتهم على التنفيس عن مشاعرهم وأحاسيسهم في أعمال وأفعال تلقائية، بحيث أصبحوا أكثر مرونة في التعبير بحرية عن مشاعرهم الإنسانية ، بحيث استمتعوا بما لديهم من إمكانيات وخصــائص شــخصــية أمكن توظيفها في إقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية بطريقة ســهلة ميســرة، وذلك من خلال الممارســات الإرشــادية التي ســاعدتهم على زيادة وعيهم وتقديرهم لذواتهم وعلى تخطى صــعوباتهم في التوافق النفسي والاجتماعي ، حيث تم تزويدهم بالخبرات التي تسمح لهم بأفضل طرق التعامل مع الآخرين.

فعلى سبيل المثال لا الحصر ساعدت فنية [illegible] في تعزيز سلوكيات أسهمت في تنمية مهارات الحفاظ على النفس **مثل:**(الضرب بقبضة اليد على الرقبة، تجنب ضرب رأسه باليد، أو الضغط بإصبعه على عينيه).

قكقىئزغخل غوبطكملدجب ساعدت في تعلم الطفل أساليب وسلوكيات من شأنها أسهمت في خفض الحركة المفرطة **مثل:**(تدريب أعضـــاء الجماعة على ممارســة ســلوك منتظم الحركة–التدريب علي الثبات وإتباع التعليمات– تدريب أعضـــاء الجماعة على ممارســة الثبات علي المقعد مع التركيز في الأعمال التي في أيديهم، مما ســاعده على البقاء مدة طويلة في التوقف عن إيذاء نفسه).

آيصئىئزغخل غوبئلأداك: *ليتوقف* عن الســلوك غير المرغوب فيه خاصـــة فيما يتمثل في:(عدم الانتباه للتعليمات – خرق القوانين المحددة –العنف مع نفسه).

ولعل ما دفع أطفال المجموعة التجريبية في الحرص على حضـــور جلســات البرنامج الإرشـــادي افتقارهم إلى المعلومات والخبرات والمهارات التي تساعدهم في معرفة أسباب إيذاء الذات وطرق مواجهته، كذلك كيفية تجنبه، إضافة إلى تشجيع الباحث لهم، وما قدمه لهم من مدعمات.

أما من حيث تميز أفراد المجموعة التجريبية بالفروق بين القياس لصـالح القياس البعدي فيرجع إلى تعرض أفراد المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشـــادي وفنياته، حيث اســتفادوا من الفنيات المتضـــمنة في البرنامج في كيفية التفكير بطريقة صحيحة في مواجهة العنف الموجه للذات والمشكلات الانفعالية المصاحبة لذلك، وبالتالي كان لهذا أثر واضح في خفض إيذاء الذات والتي تم التدريب عليها من خلال الفنيات المســـتخدمة لأفراد المجموعة التجريبية لكي يتبادلوا الخبرات فيما بينهم، هذا بالإضافة إلى توجيه وتدريب الباحث لهم بكيفية التغلب علي المشكلات الانفعالية والصعوبات الوجدانية لديهم،من خلال تدريبهم علي:

١- الحفاظ على سلامة الجسد: من خلال التوقف عن ممارسة السلوكيات العنيفة، حيث تم تدريبه وإرشاده لكيفية:

- أن يتوقف عن ضرب الأرض بقدميه.
- أن يتوقف عن خمش (يحدث خربشة) أو يقرص نفسه.
- أن يتوقف عن خنق نفسه.
- أن يتوقف عن ضرب رأسه بالجدار.
- أن يتوقف عن ضرب رأسه باليد.
- أن يتوقف عن حك جلده بيده أو بالجدار أو بأشياء أخرى.
- أن يتوقف عن شد شعره بإحدى أو كلتا يديه.
- أن يتوقف عن عض نفسه (كالعض على ظاهر اليد، الإبهام، الذراع)

- أن يتوقف عن ضرب نفسه أسفل الذقن.
- أن يتوقف عن ضرب نفسه أسفل الرقبة.
- أن يتوقف عن شد أذنيه بيديه.

٢- الحفاظ على سلامة النفس: من خلال التوقف عن ممارسة التصرفات العنيفة ،حيث تم تدريبه وإرشاده لكيفية:

- أن يتوقف عن رمي نفسه على الأرض.
- أن يحافظ على أدواته الشخصية.
- أن يتوقف عن الصراخ والصياح أو أن يصدر أصواتًا تؤذي حلقه.
- أن يتجنب الاصطدام بالأثاث المدرسي.
- أن يحافظ على سلامة ونظافة ملابسه.
- أن يتوقف عن الجري باندفاع وبلا وعي.
- أن يتوقف عن البكاء دون سبب بصوت عال.

هذا بالإضافة إلى أشكال المساندة الجسدية والنفسية، والواجبات المنزلية كتدريبات على مواجهة المواقف العنيفة التي تمثل لهم مصدرًا ثريًا للتطبيق العملي الواقعي على ما تعلموه في الجلسة الإرشادية بمساعدة الأسر التي كانت تتابع طفلها بالمجموعة التجريبية،من حيث كيفية التعامل مع الظروف والمواقف التي يتعرضوا لها في ظل صعوباتهم ومشكلاتهم، بالإضافة إلى الجانب الإرشادي والتوجيهي المتضمن في الفنيات والاستراتيجيات السلوكية، التي ساهمت بصورة إيجابية وفعالة في تدريب هؤلاء الأطفال على خفض إيذاء الذات بدنيا ونفسيا، مما أعطى لهم الفرصة في اكتسابهم سلوكيات إيجابية جديدة، ساهمت في إشعارهم باهتمام من حولهم بهم (الباحث، إدارة المؤسسة، أسرهم)، وأنهم أفراد مرغوب فيهم ممن حولهم.

وقد اتضح مما سبق أن البرنامج الإرشادي السلوكي المستخدم في الدراسة كان له أثر فعال في خفض إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين بالمجموعة التجريبية.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ايلدفيك وآخرون(2006) Eldevik, et al والتي أظهرت نتائجها انخفاضًا في حدة السلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح، مع دراسة فوكس و جاريتو(2007) Foxx & Garito والتي أظهرت نتائجها فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في خفض كل السلوكيات المضطربة لدى المراهق التوحدي(عينة الدراسة) كالعدوان والتدمير وسلوك إيذاء الذات.

وتتفق مع هذه النتيجة أيضًا دراسة جورج كابون وآخرون:(2008).George Capone, et. Al والتي قد أظهرت نتائجها انخفاضًا في سلوك إيذاء الذات، وسلوكيات التدمير، وكانت نسبة الانخفاض في سلوك إيذاء الذات أكبر

لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد نتيجة لعلاجهم بالريسبريدون، كما تتفق مع هذه النتائج أيضًا دراسة باترسون ستيفنن وآخرون(2010) Paterson Stephen, et al بعنوان: التدخل بالتدريبات السلوكية للسلوك النمطي والتكراري للأفراد ذوي اضطراب التوحد، والتي أثبتت فاعلية التدريبات السلوكية في خفض السلوك النمطي والتكراري للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وفي البيئة العربية تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من: أميرة بخش(٢٠٠٢) والتي أظهرت فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك(التعزيز اللفظي، والنمذجة، والاقتصاد الرمزي) في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة مصطفي سليمان، وخالد سيد(٢٠٠٤) والتي أكدت على فاعلية استخدام بعض فنيات تعديل السلوك (النمذجة، والتعزيز، ولعب الدور، وتكلفة الاستجابة، والتشكيل) في التخفيف من بعض أعراض اضطراب التوحد ومنها العدوانية، كما تتفق ودراسة أسامة فاروق مصطفي ٢٠١١ والتي أثبتت فاعلية الإرشاد في خفض السلوك التكراري وعلاج القصور في العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهذا مما يوضح وبجلاء فاعلية البرامج السلوكية في تنمية السلوكيات المرغوب فيها، وخفض السلوكيات غير المرغوب فيها ومنها السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة دعاء حمزة (٢٠١٣)، والتي أثبتت فاعلية كل من التعزيز التفاضلي للسلوك، وتكلفة الاستجابة في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين.

بينما تختلف هذه النتائج مع دراسة لارونس سكيل :(2008) Scahill Lawrenceوالتي دلت نتائجها على أن التدخل الطبي وحده لا يكفي في علاج الاضطرابات السلوكية (العدوان وسلوك إيذاء الذات) خاصة في الحالات التي تعاني من هذه الاضطرابات بشدة، كما أن العلاج السلوكي وحده لا يكفي أيضًا.

ثانيًا: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطي درجات التلاميذ عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات وذلك بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج". للتحقق من صحة الفرض فقد استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون للعينات اللابارامترية للأزواج المرتبطة من خلال البرنامج الإحصائي SPSS، وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

جدول(٩)

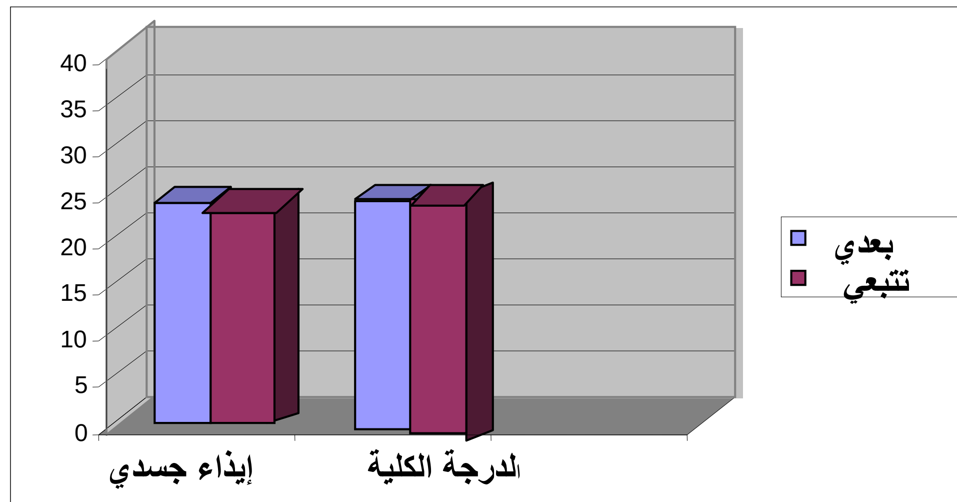
متوسط ومجموع الرتب وقيمة Z ومستوى الدلالة للفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات.

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمةZ	مستوى الدلالة
الإيذاء الجسدي	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	٣ ١ ٠	٢.٠٠ ٤ ٠	٦.٠٠ ٤	١.٤٨٢	غير دالة عند٠.٠٥
الإيذاء النفسي	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	٣ ١ ٠	٢.٠٠ ٤ ٠	٦.٠٠ ٤	١.٥٤٦	غير دالة عند٠.٠٥
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي	٣ ١ ٠	٢.٠٠ ٤ ٠	٦.٠٠ ٤	١.٤٧٢	غير دالة عند٠.٠٥

مستوى الدلالة عند (٠.٠١) = ٢.٥٨ مستوى الدلالة عند (٠.٠٥) = ١.٩٦

يتضـــح من الجدول الســـابق أن قيم Z المحســـوبة لأبعاد مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (١.٤٢٨، ١.٥٤٦، ١.٤٧٢) وهى قيم أصـــغر من القيمة الحدية (١.٩٦)، مما يشـــير إلى عدم وجود فروق دالة إحصـائيا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياس البعدي التتبعي للبرنامج، على مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس ، مما يعنى اســـتمرار تحســـن درجات أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتعرضـهم لجلسات البرنامج .

والشـــكل البياني التالي يوضـــح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياســـين البعدي والتتبعي الأبعاد وللدرجة الكلية لمقياس إيذاء الذات.



شكل(٤)

يوضح الفروق بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي

والدرجة الكلية لمقياس إيذاء الذات

فقد اتضح من نتائج الجدول(٩):

أن قيم Z المحســـوبة لأبعاد مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (١.٤٢٨، ١.٥٤٦، ١.٤٧٢) وهي قيم أصـغر من القيمة الحدية (١.٩٦)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصـائيا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات الأفراد بـالمجموعـة التجريبيـة في القيـاس البعدي والتتبعي للبرنـامج على مقيـاس إيذاء الذات مما يعنى استمرار تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتعرضـهم لجلسات البرنامج.

ويمكن تفسير ومناقشة هذه النتيجة الخاصة بالفرض الثاني في ضوء استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية ، في خفض سلوك إيذاء الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة البرنامج بمدة (٦٠) يومًا حيث أن نقص المعرفة بقيمة الفنيات السلوكية قد يكون السبب وراء عدم أو ضعف استخدام الأطفال لها في المواقف المختلفة، ونجاح برنامج الإرشاد السلوكي في الدراسة الحالية والقائم على فنيات: الإبعاد المؤقت، التخطيط البيئي، التدعيم الفارق، التسلسل، التشكيل، التعزيز، النمذجة، الإذبال، المحو في إكساب الأفراد المهارات الحفاظ على البدن والنفس من خلال شرحها لهم ، وتدريبهم عليها حتى أصبحت جزءًا من مخزون مهارات التعامل مع الذات ، ومع الآخرين أيضًا ، والتي قد بدأ تعلمها واستخدمها في مواقف معينة، والتي سرعان ما عمم استخدام هذه المهارات والفنيات في باقي جوانب حياتهم، حيث أن الفرد يميل إلى تكرار استخدام المهارة بعد نجاحها.

كذلك ترجع نتائج هذا الفرض إلى ما حققه البرنامج الإرشادي السلوكي من نجاح في الدراسة الحالية وتقديم موضوعات ساعدت بطريقة غير مباشرة أسر هؤلاء الأطفال (المجموعة التجريبية) على اتباع أساليب تفكير ملائمة في مساعدة أطفالهم، وذلك من خلال مشاركتهم في الواجبات المنزلية التي تناولها الباحث، لذا فقد أظهر القياس التتبعى عدم وجود فروق جوهرية في مستوى انخفاض أبعاد سلوك إيذاء الذات في القياسين البعدي والتتبعى، وهذه النتيجة اتفقت مع دراسة كل من على سبيل المثال لا الحصر: دراسة (Gerdtz,2000): والتي هدفت إلى تقييم برامج العلاج السلوكي المقدمة للمراهقين ذوي اضطراب التوحد داخل الغرفة الصفية، وأسفرت نتائجها عن فاعلية البرنامج السلوكي في تقليل السلوكيات السلبية داخل الغرفة الصفية بشكل ملحوظ، بل ووجود تأثير طويل المدى لهذا النوع من العلاج السلوكي على تصرفاته وسلوكياته، كما تتفق هذه النتيجة أيضًا مع ما توصلت إليه نتائج دراسة سيد الجارحي(٢٠٠٤) والتي أوضحت نتائجها فاعلية البرنامج التدريبي المقترح في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي وخفض السلوكيات المضطربة لدى عينة الدراسة بشكل ملحوظ، كما تتفق هذه النتيجة أيضا مع ما يراه (عادل عبد الله،٢٠٠٠، ٢٠) في أن هذا الأمر يؤدي إلى منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج حيث يعمل على استمرار أثر البرنامج وفاعليته بعد أن يكون قد انتهي.

وهو ما يتفق أيضا مع ما يراه (فاروق الروسان،٢٠١٠، ١٣٦) في أن النمذجة أسلوب للتعلم عن طريق التقليد، أو التعلم بالملاحظة، والنمذجة أحد أساليب تعديل السلوك عن طريق ملاحظة النموذج أو تقليده، وقد يحدث التعلم دون أن تظهر على الفرد استجابات متعلمة فورية، بل قد تحدث لاحقا.

ثالثًا: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص على أنه " يوجد تأثير للبرنامج المقترح في تحسين تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات للأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة". للتحقق من صحة الفرض فقد استخدم الباحث معادلة حجم الأثر للعينات الصغيرة وذلك للتحقق من حجم تأثير البرنامج، وجدول (١٠) يوضح ذلك.

جدول(١٠)

قيمة Z ومقدار r وحجم التأثير للبرنامج المقترح في خفض تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات

الأبعاد	العدد	قيمة z	مقدار r	التأثير
البعد الأول	٤	١.٩٤	٠.٩٦	كبير
البعد الثاني	٤	١.٩٦	٠.٩٨	كبير
المقياس ككل	٤	١.٩٥	٠.٩٧	كبير

يتضح من جدول(١٠) أن حجم الأثر لكل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس كبير وذلك يؤكد فعالية البرنامج المقترح في خفض سلوك إيذاء الذات لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.

٣-بالنسبة للفرض الثالث:فقد اتضح من نتائج الجدول(١٠):

أن حجم الأثر لكل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس كبير وذلك يؤكد فعالية البرنامج المقترح في خفض سلوك إيذاء الذات لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تمتع البرنامج الإرشادي السلوكي الذي استخدمه الباحث بأثر إيجابي مرتفع، حيث **توجد جوانب هامة ساعدت على تحقيق الفرض الثالث، وهذه الجوانب تتمثل فيما يلي:**

- تشجيع الطفل التوحدي على الاستمرار وتكملة العمل فهو سرعان ما يكلّ ويشعر بالفشل، وملائمة الأنشطة والفنيات لقدراته، وكذلك البيئة والمعلم المعد إعدادًا جيدًا.

– سير التعليم بخطوات محددة بحيث لا ينتقل من خبرة تعلم سلوك إلى أخري إلا بعد معرفة الأولي معرفة كافية (البنائية في التعلم).

هذه الأسباب السابقة ساعدت أفراد المجموعة التجريبية على خفض سلوك إيذاء الذات وثبات ذلك التعلم بقدر كبير مما كان له أكبر الأثر في تحقيق الفرض الثالث.

هلمئ؟ي عو لكق تعد البرامج الإرشادية السلوكية من الأدوات المهمة في تحقيق قدر كبير من السلوكيات الإيجابية المدعمة للشخصية المتزنة والسلوك المتزن المقبول اجتماعيا ومن ذلك خفض سلوك إيذاء الذات وتكوين سلوكيات بديلة أكثر ملاءمة ومقبولة.

ويعزي نجاح البرنامج الحالي أيضا إلى اتفاقه مع ما يراه (صادق سيف ،٢٠٠٥، ١٤١) في أن ما يقوم به البرنامج الجماعي من توفير فرص الانتماء إلى الجماعة ونمو العلاقات الاجتماعية، وتقليل الشعور بالعزلة وزيادة الشعور بالحماية والأمان، وما يقوم به من تحفيز للأطفال نحو التنافس في إتقان المهارات المستهدفة.

كما تتفق هذه النتيجة أيضا مع البحوث والدراسات السابقة التي أكدت النتائج على فاعلية البرامج التي استندت على النظرية السلوكية في خفض سلوكيات غير ايجابية وتنمية مهارات متنوعة لدي التوحديين كما يلي:

ما توصلت إليه نتائج دراسة(Sigmund, et al. ,2006) والتي هدفت إلي دراسة تأثير العلاج السلوكي المكثف قليلا(شبه المكثف) على الأطفال التوحديين والتخلف العقلي، حيث توصلت نتائج الدراسة إلي أنه لم يوجد اختلاف هام بين المجموعتين قبل العلاج، ولكن بعد عامين من العلاج قامت المجموعة السلوكية بإنجازات أكبر من المجموعة الانتقائية، وذلك في كل المناطق والمجالات.

مما سبق يتضح لنا فاعلية البرنامج الذي استخدمه الباحث والتي استند فيه على النظرية السلوكية، حيث إن العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية التي أوضحت فعاليتها الكبيرة في علاج سلوكيات الأطفال التوحديين التي تستند علي مبادئ الاشتراط الإجرائي في علاج الأطفال التوحديين (سهير كامل، ٢٠١٢، ١٦٩).

وقد عزز من دور الباحث استخدامه للفنيات التالية التي يرى الباحث أن لها دورًا كبيرًا في تأثير البرنامج بإيجابية علي سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين بعينة الدراسة:

أ–فنية التعزيز بالحث والتشجيع مع فنيتي التخطيط البيئي والتسلسل:

والتي من شأنها دفعت الطفل للالتزام بحضور الجلسات في أوقاتها، نظرا لتمتعه بالمشاركة في العديد من الأنشطة التي كلما نجح فيها يدعّم، وذلك له أثر داخلي يجعله يشعر بالقيمة لذاته فيشعره ذلك أنه موضع تقدير من

الآخرين، وهذا من شأنه أيضا يبث ثقته في نفسه، ويجعله يتجه لمزيد من اكتساب المهارات التي تجعله موضع تقدير من الآخرين.

وذلك يتفق مع القول بأن التعزيز هو العملية التي بمقتضاها يتم زيادة أو تقوية احتمالية تكرار قيام الفرد بسلوك أو استجابة معينة، عن طريق تقديم يعقب ظهورها هذا السلوك أو تلك الاستجابة منه أي من الفرد، والتعزيز يساعد على زيادة التعليم، وزيادة مشاركة التلاميذ في الأنشطة التعليمية المختلفة (حسن شحاتة وآخرون،٢٠٠٣، ١٠٨) وتجدر الإشارة هنا إلى أن الباحث راعى في تقديم المعزز التوقيت، وعدم إعطائه بكثرة، كذلك تكرار التدعيم لزيادة قوته، كذلك عند ترسيخ المهارة كان يلجأ الباحث إلى جعل المدعم على مراحل أو أجزاء، وهذا من شانه شجع على اكتساب مهارات حماية الذات بفاعلية كبيرة خاصة مع استخدام فنية التسلسل.

وهو ما يتفق مع ما أكد عليه (جمعه يوسف، ٢٠٠١، ٩٤-٩٥)، في أن هناك ثمة بعض العوامل والشروط المؤثرة في فاعلية فنية التعزيز:

- توقيت التعزيز: يجب أن يكون التعزيز فوريا وليس مؤجلا، أي يجب تعزيز الطفل مباشرة.
- يجب تقليل كمية التعزيز وعدم إعطائه بكثرة في كل مرة حتى يظل هذا المعزز مرغوبا للطفل، كما يجب أن تتناسب كمية التعزيز وطبيعة السلوك والجهد الذي قام به لتأدية السلوك المرغوب.
- يجب تدعيم العمل في الحال لتقوية فاعلية السلوك.
- تكرار التدعيم في البداية، فكلما كثر تكرار التدعيم كلما زادت قوته.
- عندما يتم ترسيخ أو توطيد السلوك فإنه من المناسب التحول إلى أسلوب التدعيم المتقطع، أي تقوية التدعيم فقط بعد عدة مرات من الاستجابة حتى لا يحدث ارتباط شرطي.
- لابد من تحديد السلوك المرغوب تدعيمه، فالسلوك غير المناسب والذي يعيق التقدم لا يجب تدعيمه.

وذلك يتفق مع نتائج دراسة(William, et al.,2003) ، والتي هدفت لفحص أثر السلوك المعزز أوتوماتيكياً على استمرار السلوك النمطي حيث توصلت نتائج الدراسة إلي أن السلوك النمطي كان أكثر مقاومة للتعطيل والتمزق بعد فترات الاقتراب من المثير المفضل والذي تم تقديمه على جداول زمنية مختلفة، وأكدت نتائج الدراسة على الاستمرار السلوكي يمكن أن يرتبط إيجابيًّا بمعدل التعزيز.

كذلك يتفق مع دراسة (Maureen& Charles. ,2005)، والتي هدفت لدراسة أثر استخدام سياسة التدخل في تقليل السلوك النمطي داخل الفصل الدراسي حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن السلوك النمطي كان يقلّ في الفترات التي كانت تشتمل فيها سياسة التدخل على التلميح البصري بالاعتماد علي فنية التعزيز الأوتوماتيكي.

ب-النمذجة والتغذية الراجعة والتكرار والتعزيز.

حيث قام الباحث باستخدام هذه الفنيات في التدريب علي خفض إيلام البدن والنفس، حيث قام بأداء المهارة أمام الطفل كنموذج، ثم دعا الطفل ليشـــاركه في أداء المهارة، ثم اختبر أداء الطفل للمهارة، فإن أصـــاب دعمه، وإن أخفق أعاد نفس الخطوات حتى يتقن المهارة المطلوبة، وهذا من شأنه أن سـهل علي الطفل تعلم المهارة المطلوبة دون خوف أو تردد.

وهذا يتفق أيضا مع القول بأن التغذية الراجعة موجودة أصلا في أي معزز إلا انه يمكن استخدامها كأسلوب قائم بذاته في صـــورة معلومات عن نتائج أداء طفل وكما أن التغذية الراجعة يمكن أن تســـتخدم في التدريب على المهارات الإدراكية حيث يستطيع المعلم القيام بالتغذية الراجعة في ضوء بعض الإجراءات فيؤدى المعلم المهارة أمام الطفل على ســـبيل النمذجة ثم يدعو الطفل بها مشـــتركا معه ثم يختبر المعلم أداء الطفل المنفرد للمهارة فإذا كان صـــحيحا دعمه وعززه بصورة ايجابية وان لم يكن صحيحا أعاد نفس الخطوات والأسلوب (محمد محروس الشناوي، ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ٣٢٨)

وهو يتفق كذلك مع القول بأن التعلم بالنمذجة "طريقة في التعليم يكتســـب فيها الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصـة مهارات جديدة أو يسـهل بها تعلم سلوكيات مرغوب فيها ،حيث يطلب منه مراقبة وتقليد هذا السلوك أو القيام بمثله في الحال كما شـــاهده، وقد يكون هذا الســـلوك المنمذج عن طريق المعلم أو أقران الطفل أو من خلال المعينات التكنولوجية (صالح هارون، ٢٠٠٠، ١٨٤)

ثانيًا: تهشيئ ة هاحهت ثقتذحب:

لم خلاك عنص ه لمئفسبطكمتئ ثلكتى تهشك ةوكي هئطخذز بطكحاكي بيملغى ئاتئظلكته شيئ ظلكتلكي ب:

١-توصيات الدراسة:

١) استخدام المعلمين والآباء البرنامج الإرشادي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين.

٢) استخدام المعلمين والآباء والأخصائيين مقياس سلوك إيذاء الذات كأداة مقننة يمكن من خلالها قياس سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين.

٣) ضرورة تقديم الآباء المساعدة المبكرة لهؤلاء الأطفال بعد استشارة متخصصين للتغلب على السلوكيات المشكلة التي تصدر عنهم.

٤) ضرورة إعداد معلمين تربية خاصة يكون تخصصهم الدقيق اضطراب التوحد للتدريس لهؤلاء الأطفال، وتقديم برامج تدريبية للمعلمين الحاليين غير المؤهلين.

٥) إيجاد وتهيئة البيئة المناسبة والحافزة للأطفال ذوي اضطراب التوحد وفقًا لخصائصهم النفسية والانفعالية.

٦) ضرورة وضع البرامج وبناء المناهج المناسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

٧) ضرورة مراعاة الفروق الفردية في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها لتحقيق الرعاية الفريدة لكل طفل على حده.

٨) ضرورة الاهتمام والتركيز على مبدأ التعزيز والتحفيز في تعليم هؤلاء الأطفال.

٩) ضرورة الاهتمام بفئة التوحديين وإنشاء فصول خاصة بهم وعمل برامج خاصة لهم واستراتيجيات تعليمية وتربوية على أسس علمية وموضوعية تراعى هؤلاء الأطفال وسمات شخصيتهم، وتتيح لهم فرص نمو طبيعي.

١٠) توفير فريق عمل متكامل ليتولى هذه الفئة من طبيب أطفال، طبيب نفسي، أخصائي نفسي إلى جانب المدرسة والأسرة.

٢-البحوث المقترحة:

يقدم الباحث موضوعات لازالت في حاجة لمزيد من البحث والدراسة في هذا الميدان وهى:

أ-فاعلية برنامج إرشـادي سـلوكي لتنمية التواصـل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال التوحديين وأثر ذلك على خفض السلوك التكراري لديهم.

ب-فاعلية برنامج إرشادي سلوكي للحد من الأنماط السلوكية غير المقبولة الأخرى لدى الأطفال التوحديين.

ج-فاعلية برنامج إرشادي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين لإكسابهم مهارات التعامل مع أطفالهن التوحديين.

د-إجراء دراسة للتعرف على الفروق بين الجنسين: الذكور والإناث التوحديين في سلوك إيذاء الذات.

هـ-إجراء دراسات للتعرف على أثر ارتفاع مستوي سلوك إيذاء الذات على متغيرات مختلفة (الصحة النفسية -القلق- التوافق النفسي /الاجتماعي. الخ) لدى الأطفال التوحديين.

و-فاعلية برنامج تدريب لخفض سلوك المعارضة لدى الأطفال التوحديين.

ز-فاعلية بعض أنواع الإرشاد الأخرى (الرسم، الفن، القصة...) في تنمية بعض المهارات لدى الأطفال التوحديين.

المـــراجع

أولًا: المراجع العربية.

ثانيًا: المراجع الأجنبية.

أولًا: المراجع العربية:

١- إبراهيم عبد الله العثمان (٢٠٠٤م): **واقع خدمات التربية الخاصة للتلاميذ ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية،** بحث مقدم في المؤتمر الثاني لإعاقات النمو عند الأطفال... رؤية عملية. جدة: مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث.

٢- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات(٢٠٠٤): **التوحد: الخصائص والعلاج،** عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.

٣- إحسان عمر حلواني (١٩٩٦): **المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية.** رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، السعودية.

٤- أحمد محمد جوهر (٢٠٠٠م): **العلاج السلوكي لطفل التوحد،** مجلة تعريب الطب، المجلد [٤]، العدد [١]، ص ص (١١٨ – ١٢٠). الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.

٥- أحمد محمود عكاشة(٢٠٠٣): **الطب النفسي المعاصر،** الانجلو المصرية، القاهرة

٦- أحمد نايل الغرير، بلال أحمد عوده (٢٠٠٩): **سيكولوجية أطفال التوحد،** ط١، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية.

٧- أريج محمد عبد الرسول الشرقي(٢٠١١): **السلوك الانسحابي عند الأطفال التوحديين بعمر الروضة (دراسة تشخيصية)،** مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد ٣١، كلية التربية للبنات، جامعة بغداد.

٨- أسامة فاروق مصطفى(٢٠١٥): **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية،** الأسباب والتشخيص والعلاج، ط٤، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٩- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (٢٠١٤): **التوحد: الأسباب والتشخيص والعلاج،** ط٢، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية.

١٠-أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني(٢٠١١): **سمات التوحد،** دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١١-أسعد علي عبد الله النمر(١٩٩٥): **سيكولوجية العدوان (دراسة نظرية)،** الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٢-إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩). **الذاتوية لدى الأطفال**، بحث غير منشور، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٣-آمال عبد السميع مليجي باظة (٢٠٠٣): **اضطرابات التواصل وعلاجها**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

١٤-ـــــــــــــــــــــــ (٢٠٠١): **تشخيص غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)**، ط١، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

١٥-أميرة طه بخش (٢٠٠٢): **دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابى للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليا**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الثاني، العدد الثالث، الكويت.

أولًا: المراجع العربية:

١٦-أيمن محمد محمود البلشة(٢٠٠٠م): **التعرف على الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً**. بحث مقدم في ندوة الإعاقات النمائية ... قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. ص ص (٥٢٣-٥٢٩). البحرين: جامعة الخليج العربي.

١٧-س. هـ. باتيرسون(١٩٩٥): **الإرشاد والعلاج النفسي**، ترجمة: سيد عبد الحميد، مكتبة وهبة، القاهرة.

١٨-ـــــــــــــــــــــــ (١٩٩٢): **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، ط١، دار القلم للنشر والتوزيع. الكويت.

١٩-بول موسن، جون كونجر، جيروم كاجان(٢٠٠١): **أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، ط٢، مكتبة الفلاح، الكويت.

٢٠-تهاني موسى عبد الله فران(٢٠٠٤م): **الاتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية**، رسالة ماجستير في قسم علم النفس (غير منشورة)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

٢١- جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين أحمد كفافي (١٩٩٥): **معجم علم النفس والطب النفسي**، ج١، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢٢-سيد جارحي الجارحي(٢٠٠٤): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة**، رسالة ماجستير، جامعة الفيوم.

٢٣-______________ *(٢٠٠٤):يئزةخيلطكق شدبئلإجةلئعيب* **كمدخل للتغلب على القصور في مفاهيم العقل لدى الأطفال التوحديين**، كلية التربية، جامعة الفيوم.

٢٤-جمال محمد الخطيب(٢٠١١): **تعديل السلوك الإنساني**، ط٣، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

٢٥-______________(٢٠٠٣): **تعديل سلوك الأطفال المعوقين**، دار الفلاح، الكويت.

٢٦-جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي(١٩٩٨): **التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**. الطبعة الأولي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٢٧- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١): **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٢٨-الجمعية السعودية للتوحد(٢٠١١): **إحصاءات وأرقام**، إصدارات الجمعية.

٢٩-حامد عبد السلام زهران(١٩٨٠): **التوجيه والإرشاد النفسي**، ط٢، دار عالم الكتب، القاهرة.

٣٠-حسام أحمد أبو سيف (٢٠٠٦): **الطفل التوحدي خصائصه (السلوكية والتربوية) اختبارات تقيس قدراته ودمجه في المجتمع**. ط١، ايتراك للطباعة والنشر، القاهرة.

٣١-حسن سعيد الكرمي(١٩٨٨م): **المغني الأكبر**. بيروت، لبنان: مكتبة لبنان.

٣٢- حسن سيد شحاتة وزينب علي النجار وحامد عمار(٢٠٠٣): **معجم المصطلحات التربوية والنفسية**، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

٣٣-حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٣): **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة**، دار القاهرة، القاهرة.

٣٤-حمدي شاكر محمود (٢٠٠٥): **التربية الخاصة للمعلمين والمعلمات**، حائل، المملكة العربية السعودية، دار الأندلس للنشر والتوزيع.

٣٥-حميدة السيد العربي (٢٠٠٥): **فاعلية التدعيم في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين**، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة قناة السويس.

٣٦-خالد محمد أحمد مطحنة (٢٠٠٨): **فاعلية برنامج تأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنية وتحسين السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

٣٧-خليل البواب (٢٠٠٥) **الموسوعة النفسية** ط١، دار اليوسف، بيروت

٣٨-خولة أحمد يحيى (٢٠٠٣) **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفكر، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.

٣٩-________ (٢٠٠٨): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، المملكة الأردنية.

٤٠-دعاء أحمد حمزة(٢٠١٣): **فاعلية أسلوبي التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض وتكلفة الاستجابة في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين**، دراسات عربية في التربية وعلم النفس **ASEP**العدد٤٠، الجزء الأول، أغسطس ٢٠١٣.

٤١-دلشاد محمد شريف علي(٢٠١٣): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين**، مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٩، العدد الأول،٢٠١٣.

٤٢-ربيع شكري سلامة(٢٠٠٥): **التوحد – اللغز الذي حير العلماء والأطباء**، دار النهار، القاهرة.

٤٣-رشاد علي عبد العزيز موسى(٢٠٠٢): **علم نفس الإعاقة**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٤-رمضان محمد القذافي (١٩٩٤): **الفصام الذووي (ذاتي التركيب) في سيكولوجية الإعاقة**، الدار العربية للكتاب، ليبيا.

٤٥-ريتا جوردن، ستيورات بيول (٢٠٠٧): **الأطفال التوحديون، جوانب النمو وطرق جوانب النمو وطرق التدريس.** ط١، (ترجمة رفعت محمود بهجات)، القاهرة: عالم الكتب.

٤٦-زكريا لطفي الشربيني(٢٠٠٤): **طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات، تعريف وتشخيص**، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.

٤٧- ـــــــــــــــــــ (٢٠٠١م): **أطفال التوحد المشكلة وآفاق العلاج**. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العالمي الرابع لمجلس العالم الإسلامي للإعاقة والتأهيل. السودان: الخرطوم.

٤٨- ـــــــــــــــــــ (٢٠٠٠م): **أساليب جديدة لعلاج التوحد. مجلة الطب النفسي الإسلامي**. العدد [٦٢]، السنة الخامسة عشر.

٤٩-سايمون كوهين، باتريكن بولتون(٢٠٠٠): **حقائق عن التوحد**، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، ترجمة: عبد الله إبراهيم الحمدان.

٥٠- سحر ربيع أحمد عبد الموجود(٢٠٠٩): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية وخفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين**، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٥١-سلامة منصور محمد(٢٠٠٠): **فعالية العلاج المعرفي في تحسين المعاملة الوالدية للأطفال المصابين بالأوتيزم**، المؤتمر العلمي الدولي الثالث عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول أبريل ص ص ١٩٥- ٢٢٦.

٥٢-سمية طه جميل(٢٠٠٥): **الإرشاد النفسي**، ط١، دار عالم الكتب، القاهرة.

٥٣-سميرة عبد اللطيف السعد(١٩٩٨): **برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي المؤتمر الدولي السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين**، الشويخ، القاهرة.

٥٤- ـــــــــــــــــــ (١٩٩٧م): **دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية**، المجلة التربوية، المجلد الثاني عشر، العدد [٤٥]. ص ص (٣١-٧٠).

٥٥-سهام علي عبد الحميد شريف(١٩٩٢): **مدى فاعلية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدى اللقطاء**، رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.

٥٦-سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠١م): **مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة.

٥٧- ســــهير كامل أحمد(٢٠١٢): **اضــــطرابات الطفولـة المبكرة**، مركز الطفولـة ، خبراء التربيـة للتعليم والتدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٥٨- ـــــــــــــــــ(١٩٨٨): **التوجيه والإرشاد التعليمي**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٥٩-سوسن شاكر الجلبي(٢٠٠٥):التوحد **الطفولي** " **أسبابه -خصائصه - تشخيصه-علاجه** ."ط1 سوريا، دمشق، مؤسسة علاء الدين.

٦٠-السيد عبد الحميد سليمان(٢٠٠٣): **سيكولوجية اللغة والطفل**، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.

٦١-شاكر عطية قنديل(٢٠٠٠): **إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة (نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة)**، أبريل، ص ص ٤٧-٩٨

٦٢- صادق عبده سيف (٢٠٠٥): **فعالية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الشخصية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال الصم في الجمهورية اليمنية**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عدن.

٦٣-صالح عبد الله أبو عباءة، عبد المجيد طاش نيازي(٢٠٠١): **الإرشاد النفسي والاجتماعي**، مكتبة العبيكان، الرياض.

٦٤- صــالح عبد الله هارون (٢٠٠٠): **تدريس ذوي الاعاقات البســيطة في الفصــل العادي**، دار الزهراء للنشــر، الرياض.

٦٥-صائب كامل اللالا، زياد كامل اللالا، شريفة الزبيري، فوزية الجلامدة، مأمون محمد جميل، وائل محمد الشرمان، وائل أمين العلي، يحيى القبالي، يوسف العايد(٢٠١٢): **أساسيات التربية الخاصة**، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٦٦-صلاح عبد الغني عبود(١٩٩١): **مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى طلاب الحلقة الثانية من التعليم الأساسي**، رسالة ماجستير، كلية التربية بأسوان، جامعة أسيوط.

٦٧- عادل عبد الله محمد(٢٠٠٢): **جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً**. القاهرة، دار الرشاد.

٦٨-عادل عبد الله محمد، منى خليفة علي (2002): **فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفى للأطفال التوحيديين. في الأطفال التوحيديين، دراسات تشخيصية وبرامجية**، القاهرة، دار الرشاد، ص ٣٤٩-٣٦٥.

٦٩- عادل عبد الله محمد(٢٠٠٠): **فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصـل على بعض المظاهر السـلوكية للأطفال التوحديين**، مجلة بحوث كلية الآداب: جامعة المنوفية، ع٦ ، ص ص ١- ٤٠.

٧٠- عادل عبد الله & شريف علي حمدي (٢٠٠٨): **فعالية العلاج بالموسيقى في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين**، سلسلة غير العاديين (٣)، دار الرشاد، القاهرة.

٧١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠١): **مقياس الطفل التوحدي**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٧٢- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢): **فعالية برنامج إرشادي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال (دراسات تشخيصية وبرامجية)**، القاهرة، دار الرشاد.

٧٣- ____________ (٢٠٠٢): **فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين**، مجلة بحوث كلية الآداب، سلسلة الإصدارات الخاصة، العد ٧، جامعة المنوفية.

٧٤- ____________(٢٠٠٤): **الإعاقات العقلية**، القاهرة، دار الرشاد.

٧٥- ____________(٢٠٠٢): **الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية**، ط١، دار الرشاد، القاهرة.

٧٦- ____________ (٢٠٠٢): **جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليًا**، ط١، دار الرشاد للنشر والتوزيع، القاهرة.

٧٧- عادل محمد العدل(٢٠١٠): **الموهوبون التوحديون من الأطفال المراهقين استثمار الموهبة ودور مؤسسات التعليم الواقع والطموحات**، المؤتمر العلمي الثامن، جامعة الزقازيق، كلية التربية.

٧٨- عائشة سلطان علي السويدي(٢٠٠٠م): **خصائص الطفل التوحدي**. ورقة عمل وزارة التربية والتعليم والشباب بدولة الامارات العربية المتحدة مقدمة في ندوة الإعاقات النمائية، قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، ص (٣١١- ٣٣٥). البحرين: جامعة الخليج العربي.

٧٩- عبد الرحمن سيد سليمان(٢٠٠٠): **الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٨٠- ____________(٢٠٠٢): **إعاقة التوحد**، ط٢، زهراء الشرق، القاهرة.

٨١- ____________(٢٠٠٤): **اضطراب التوحد**، ط٣، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٨٢- عبد الرحمن سيد سليمان، سميرة محمد شند، إيمان فوزي سعيد (٢٠٠٤): **دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٨٣- عبد الرحمن محمد العيسوي(١٩٩٩): **مشكلات الطفولة والمراهقة، أسسها الفسيولوجية والنفسية**، دار العلوم للطباعة والنشر، بيروت.

٨٤- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٩٩): **الطفل التوحدي (الذاتوي - الاجتراري) القياس والتشخيص الفارق.** المؤتمر السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة.

٨٥- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم، ومشيرة عبد الحميد اليوسفي(٢٠٠٠): **التفوق والتأخر العقلي**، المنيا، دار العلم.

٨٦- عبد الستار إبراهيم محمد ، عبد العزيز عبد الله الدخيل، رضوان إبراهيم(١٩٩٣): **العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته**، عالم المعرفة، الكويت.

٨٧- عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٢): **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

٨٨- عبـد الله البخاري (١٩٨٧): **صحيح البخاري**، تحقيق مصطفى ديب البغا، دار ابن كثير، اليمامة، السعودية.

٨٩- عبد الله بن صالح القحطاني(٢٠١٤): **فاعلية برنامج سلوكي لتنمية مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد**، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٩٠- عبد المطلب أمين القريطي(٢٠٠١): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة.

٩١- عبد المنعم الحفني(١٩٧٨): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**،مكتبة مدبولي، القاهرة.

٩٢- عبير على سليمان آل الشيخ (٢٠٠٢م): **مدى وعي الأسرة بطبيعة الخدمات الاجتماعية المقدمة لطفلها التوحدي**، رسالة ماجستير في قسم الخدمة الاجتماعية (غير منشورة)، جامعة الملك سعود، الرياض.

٩٣- عثمان لبيب فراج(٢٠٠٠م): **النشاط الدهليزي وعلاقته بإعاقات الطفولة**، مجلة صرخة صامته. العدد [١٣]، السنة الثالثة. ص ص (١٩-٢١) الكويت: مركز الكويت للتوحد.

٩٤- ــــــــــــــــــ(٢٠٠٢): **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي** ". المجلس العربي للطفولة والتنمية، برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، القاهرة.

٩٥- ــــــــــــــــــ (١٩٩٦): **إعاقة التوحد تابع مشكلة التشخيص والكشف المبكر**، مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد (٤٦)، السنة الثالثة عشر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة.

٩٦- عزة عمر عبد الله الغامدي(٢٠٠٣م): **العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد**. رسالة دكتوراه في قسم التربية وعلم النفس (غير منشورة)، كلية التربية للبنات، الرياض.

٩٧- عصام محمد زيدان (٢٠٠٤): **الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية**. مجلة البحوث النفسية، العدد (١)، كلية التربية، جامعة المنوفية.

٩٨- علاء الدين أحمد كفافي(١٩٩٠): **الصحة النفسية**، هجر للطباعة، القاهرة.

٩٩- ــــــــــــــــــ(١٩٩٩): **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري**، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.

١٠٠- علاء جابر السيد عبود(١٩٩٤): **العدوان لدى تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي وعلاقته بأساليب التنشئة الاجتماعية كما يدركونها**. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

١٠١- عماد أحمد حسن على ومحمد نجيب السباعي (٢٠٠٨): المدخل الى علم نفس الفروق الفردية ، ط٢ ، سلطنة عمان ، مكتبة الضامري.

١٠٢- عمر الخطاب خليل (١٩٩١ م): **التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية.**

١٠٣- ــــــــــــــــــ (١٩٩٤): **خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال**. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد (٤٩)، السنة الرابعة عشر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة.

١٠٤- ــــــــــــــــ(١٩٩٣): **خصائص آباء الأطفال المصابين بالتوحدية (الاجترارية)**، مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، الأزهر، العدد (١) المجلد ٢، ص ص ٣٣٥ – ٣٤٩

١٠٥- ــــــــــــــــ (٢٠٠١): **الأساليب الفعالة في علاج التوحد**، مجلة معوقات الطفولة، العدد٩، جامعة الأزهر، مركز معوقات الطفولة.

١٠٦- فادي رفيق شلبي(٢٠٠١): **إعاقة التوحد المعلوم المجهول**، دار الجب، بيروت،

١٠٧- فاروق فارع الروسان (٢٠١٠): **تعديل وبناء سلوك الأطفال**، ط١١، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١٠٨- ــــــــــــــــ(٢٠١٠): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، ط٨، دار الفكر، عمان، الأردن.

١٠٩- فايز حبيب حسن آل مطر(٢٠٠١م): **دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقلياً في المملكة العربية السعودية.** رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجامعة الأردنية، الأردن.

١١٠- فهدة عبد العزيز الفيصل(٢٠١٠): **فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد**، ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض.

١١١- قاسم علي الصراف(١٩٨٤): **تقرير عن أعمال المؤتمر الدولي للتوجيه والإرشاد، أرهوس، الدانمارك** (٥-٩ أغسطس)، المجلة التربوية، المجلد١، العدد٣، كلية التربية، جامعة الكويت.

١١٢- جورج كاشمان(١٩٩٦): **لماذا تنشب الحروب**؟ ترجمة: أحمد حمدي محمود، ج١، الهيئة المصري العامة للكتاب.

١١٣- كمال عبد الحميد زيتون (٢٠٠٣): **التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة**، ط١، القاهرة، عالم الكتب، القاهرة.

١١٤- كوثر حسن عسلية(٢٠٠٦): **التوحد**، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

١١٥- رونالد كولا روسو، كولين أورورك (٢٠٠٣): **مفهوم الإعاقة العقلية**، ترجمة أحمد الشابي، عادل دمرداش، أيمن كامل.

١١٦- لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.

١١٧- لورنا وينج (١٩٩٤ م): **الأطفال التوحديون ... مرشد الآباء**. ترجمة هناء محمد المسلم، الكويت.

١١٨- لويس كامل مليكة (١٩٩٤): **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، الطبعة الثانية. القاهرة.

١١٩- ـــــــــــــــ (١٩٩٨): **الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية**، ط١، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

١٢٠- لينا عمر صديق(٢٠٠٧): **فعالية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي**، أطروحة دكتوراه، الجامعة الأردنية، عمان، مجلة الطفولة العربية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، المجلد التاسع، العدد٣٣ ديسمبر٢٠٠٧.

١٢١- ماجد السيد عمارة(٢٠٠٥): **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق**، ط١، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

١٢٢- مجدي فتحي غزال، (٢٠٠٧): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

١٢٣- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥): **سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي**. ط١، عمان: دار الثقافة.

١٢٤- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٤): **فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من التوحديين**، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٢٥- محمد أحمد عبد العزيز الفوزان (٢٠٠٠ م): **التوحد، المفهوم والتعليم والتدريب ... مرشد إلى الوالدين والمهنيين**، ط١، الرياض: دار عالم الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٢٦- محمد أحمد عبد العزيز الفوزان (٢٠٠٢م): **طيف التوحد بين الحقيقة والغموض. مرشد إلى الوالدين والمهنيين.** الطبعة الأولى. الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٢٧- محمد الدوسري، عهود المسلماني، نورة القضيب، أحمد جمعة، هنادي عبد اللطيف، ربى داوود، منير زكريا، منار غنام (٢٠١٠) **طيف التوحد من دائرة الحيرة والغموض إلى دائرة الضوء والأمل**، مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد، الرياض.

١٢٨- محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة علي حسن، علي إبراهيم مسافر(٢٠٠٥): **رعاية الأطفال التوحديين (دليل الوالدين والمعلمين)**، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة.

١٢٩- جبر محمد جبر(٢٠١٠): **علم النفس الاكلينيكي (التشخيص)**، ط١، مكتبة الرشد، الرياض.

١٣٠- محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة(٢٠١٠): **التوحد ونظرية العقل**، دار الثقافة للنشر، الأردن.

١٣١- محمد على كامل (٢٠٠٣): **الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج**، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية

١٣٢- ______________(٢٠٠٣): **من هم ذوي الأوتيزم؟ وكيف نعدهم للنضج؟** مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

١٣٣- محمد محمد عوده(٢٠١٥): تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتوي،مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣٤- محمد محروس الشناوي(١٩٩٨): **موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي الحديث**، دار غريب، القاهرة.

١٣٥- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). **العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته**. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

١٣٦- محمد يوسف الشريف(١٩٩١): **مظاهر العدوان ومستوى القلق لدى الشباب الفلسطيني في قطاع غزة والشباب الفلسطيني المقيم في جمهورية مصر العربية**، ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

١٣٧- محمود عبد الله صالح (١٩٨٦): **أساسيات في الإرشاد التربوي**، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية

١٣٨- محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩٨): **الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج**، ط٢، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة.

١٣٩- مصطفى أحمد صادق، السيد سعد الخميسي (٢٠٠٤): **دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد**، كلية المعلمين، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية.

١٤٠- مصطفى نوري القمش(٢٠١١): **اضطرابات التوحد، الأسباب والتشخيص والعلاج دراسات عملية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١٤١- مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعايطة (٢٠١٣): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ٤، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١٤٢- ممدوحة محمد سلامة(١٩٩٠): **علاقة الأسرة بالاعتمادية والعدوان لدى الأطفال**، مجلة علم النفس العدد ٤، السنة الرابعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

١٤٣- منير عبد الحفيظ بعلبكي (١٩٧٣م): **المورد**. الطبعة السادسة، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

١٤٤- نادية أبو السعود إبراهيم (٢٠٠٠): **الطفل التوحدي في الأسرة**، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

١٤٥- ـــــــــــــــــــ(٢٠٠٢): **فعالية استخدام برنامج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم**، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٤٦- نبيل عبد الفتاح حافظ، ونادر فتحي قاسم (١٩٩٣): **صعوبات التعلم والتعليم العلاجي**، ط١، زهراء الشرق، القاهرة.

١٤٧- نجود محمد عبد العزيز المنيف(٢٠١٤): **فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض درجة قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين**، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

١٤٨- هالة فؤاد كمال الدين محمد(٢٠٠١): **تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد**، رسالة دكتوراه في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٤٩- هبة نوفل فطوم(٢٠١٠): **مركز التوحد**، جامعة دمشق، الجمهورية العربية السورية.

١٥٠- هدى أمين عبد العزيز أحمد (١٩٩٩م): **الدلالات التشخصية للأطفال المصابين بالاوتيزم (الذاتوية)**، رسالة ماجستير في قسم علم النفس (غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة

١٥١- هويدة حنفي الريدي (٢٠١٥): **قياس وتشخيص اضطراب الأوتيزم في ضوء DSM-V**، ط١، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.

١٥٢- محمد عبد الرزاق هويدي (٢٠٠٠م): **اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة**، ورقة عمل مقدمة في ندوة الإعاقات النمائية.... قضاياها النظرية ومشكلاتها العلمية. ص ص (٨٥ – ١١٨). البحرين: جامعة الخليج العربي.

١٥٣- ياسين مسلم محارب أبو حطب(٢٠٠٢): **فاعلية برنامج مقترح لتخفيف السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع بمحافظات غزة**، ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

١٥٤- يوتا فريث(١٩٩٩): **الذاتوية**، ترجمة فخر الدين القلا، مجلة العلوم، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، العدد فبراير- مارس

١٥٥- يوسف القريوتي، عبد العزيز السرطاوي، جميل محمود الصمادي (٢٠٠١م): **المدخل إلى التربية الخاصة.** الطبعة الثانية، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- Abdullah , J. (1994) : Autism in Egypt . Trends and perspectives . VI the International Pan - Arab Congress of Psychiatry November 16-18.
- Amaral, David G. (2011). The Promise and Pitfalls of autism research: An Introductory onte for new autism researchers. Brain Research, 1380 (7), 3-9
- America Psychiatric Association : 1994 ، Newsom &Hovanti: 1996
- American Psychiatric Association. (2002).Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, (4rd ed tr). Washington, Dc: Author.
- Baron-Cohen,S.Wheel wright,S.,Hill,J.,Raste,Y.,&Plumb,1(2001): The(Reading the Mind in the eyes) test revised version: Astudy with normal adults and adults with Asperger syndrome or high functioning autism. Journal of child psychology and psychiatry,42,241-251.

- Bettelheim.B.(1967):the empty fortess–infantile autism and the birth of theself.New York.the free press.
- Biklen, D. (2002). Communication unbound Autism and proxis, Harvard Educational Review, Vol. (60), pp. 10–20.
- Burack , J. (1994): Selective attention deficits in persons with autism.. preliminery evidence of on inefficient attentional lens. Journal of Abnormal Dsychology, 103 (3), 535–543.
- Campbell M :, Kafantaris V:, Malone R:, Kowaliks S:, Locascio J:, (1992): Diagnostic and assessment Issues related to Pharmacology therapy for children and adolescents with autism , Behavior Modification (15) , (3), 326–354
- Christopher J. McDougall, et al.(2005):Risperidone for the Cote symptom domains of autism. Result from the study by autism network of the research units on pediatric psychopharmacology. American journal of psychiatry,102,6,1142–1148.
- Cuccaro,M, L,Shao,Y.,Bass, M, P, Abramson, R, K, Ravan, S, A, wright, H, Wolpert, M, C, Donnelly, L, S, Pericak–vance, A, M,:(2003): Behavioral comparison in autistic individuals from multiplex and singleton families. Journal of autism and development disorders, 33, p.87–91.
- Dianne E., Berkell , (1997): Autism : Identification , Education and treatment , New Jersey , Hove and London.
- Dodd,S.(2005):Understanding Autism. New York, Elsevier.
- Eldevik, S.,Eikeseth S. jahr E,(006):Effect of low intensity behavioral treatment children with autism and mental retardation ,Autism Day Disorder, Feb,36(2):211–24
- Gazzaniga, Michaels. And Heather, Todds. (2002): psychological science: Mind, brain, and behavior. New York , London: w.w. Norton & Company
- Gillson,(2000) : Autism and social behavior Bethesda M.D., Autism Society of America.
- Green,G,Brennan,L.feind.(2002):Intensive behavioral treatment for toddler at high risk for autism .Journal of behavior Modification Jan.26(1) 69–162.
- Hill,E.L,&Frith.u.(2002):Understanding autism: insight from mind and brain,in: the royalsociety,N.8,pp:281–289.

- Howlin, furey & forehand, Rex(1998):The dialy behavior cheek list s journal of behavior assessment, 5, 2 ,83-95
- Jack Scott, Clark, Brady, M.(2000): Students with Autism, California, singular publishing Group.
- James. Luis Elli, et al.(2001): therapeutic effects and long-term efficacy of antidepressant medication for development disabilities. Behavior modification,25, 1, 62-78.
- Johnson, Carla. (2011). S. Korea study estimates 1 in 38 children have autism traits, two-thirds in mainstream schools. Canadian Press.
- Jordan,R.,and Pawell,S.(1995):Understanding and teaching children with autism. England. British library publication.
- Kamio,y.&Fshisaka,y.(2004):Psychiatric comorbidity in children with autism,J.of children and adolescent psychiatry,43.116-123.
- Kanner,L.(1943):Autistic disturbances of affective contact. Nervous child, 2,, 217-250.
- Keen,,d.(2003):Communicative repair strategies and problem behaviors of children with autism . International journal of disability, developmental and education, 50(1),53-64.
- King, Chiara R. (2011). A novel embryological theory of autism causation involving endogenous biochemical's capable of initiating cellular gene transcription: A possible link between twelve autism risk factors and the autism "epidemic". Medical Hypotheses, 76 (5), 653-660
- Koegel, Robert L, Camarata, Stephen M.,and Koegel , lynn(1995). Aggression and noncompliance: Modification through naturalistic Language remediation. In:Johnny L. Maston(Ed) Autism in childrenand adults: Etiology, assessment , and intervention . Pacific Grove, California: Brooks/ Cole publishing company
- Mahoney William (2002): Disruptive behavior disorder aggressive ADHD. Language, speech& hearing services in school, 38, 3-9

- Marrison , R. , (2002) : Increasing Play Skills of Children with Autism using Activity Schedules and Correspondence Training , Journal of Early Intervention Training , Journal of Early Intervention , 25 , 58 -72.
- Olney, M. (2002): Working with autism and other social- communication disorders. Journal of rehabilitation, 66(4),51-57
- Personal. J (2002): Oxford English Dictionary (10 thed),London, Oxford university press.
- Richard , P. & Matthew , D. (2002) : Early Intensive Behavioral Intervention for Child with Autism : Parental the Paretic Self - Efficacy , Research in Development Disabilities, 232-341
- Richard .P& Mattew D.(2002):Early intensive behavioral intervention for children with autism: parental the paretic self- efficacy. Research in development disabilities,23.332-341
- Richard,P.&Matthew,D.(2002):Early intensive behavioral intervention for children with autism, research in development disabilities,23, 332-341.
- Rutter, M. (1998). Language disorder and infantile autism. In M. Rutter & E. Schopier (Eds.). Autism are Appraisal of Concepts and Treatment, New York: Plenum Prss.
- Scheuermann, B.,Webber,j.(2002): Autism teaching does make a difference , Canada :Wadsworth –Thomson learning
- Siegel, B. Helping children with autism learning : Treatment approaches for parents and professional . London: Oxford universitypress.
- Siegel.(1996):The world of the autistic child , understanding and treating autistic spectrum Disorders, New York: Oxford university press ,Inc
- Srinivasa. J.(2004):Autism spectrum disorders (ASD):Guide to education online available from http://www.medcatin-on line.org.
- Trenpaypier (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism, Focus on Autism and Developmental Disorders, (11), (3), 2-13
- Wilner.J.(2001):Autism and its impact on childhood language developmental

- Wing.L& Pottter.D.(2002): The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada (3) 151-161.
- Wolf, S. (2005). Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K. (Eds.) Companion to psychiatric Studies, London disciplines, Oxford: Pergamon Press.
- www.columbia.edu.

المـــــلاحق

أولًا: أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.

ثانيًا: مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات.

ثالثًا: جلسات البرنامج.

رابعًا: مخطط جلسات البرنامج.

ملحق رقم(١)

أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة

ملحق رقم(١)

أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة

م	الاسم	الوظيفة
١-	زينب محمود شقير.	أستاذ التربية الخاصة بكلية التربية، جامعة الطائف، المملكة العربية السعودية، ورئيس قسم الصحة النفسية (سابقًا) بكلية التربية، جامعة طنطا.
٢-	بطرس حافظ بطرس.	أستاذ الصحة النفسية، وعميد كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
٣-	فتحي مصطفى الشرقاوي.	أستاذ علم النفس بكلية التربية، جامعة الدمام، المملكة العربية السعودية. (كلية الآداب، جامعة عين شمس)
٤-	ممدوح صابر أحمد منصور.	أستاذ علم النفس بكلية التربية، جامعة الدمام، المملكة العربية السعودية. (كلية الآداب، جامعة المنيا)
٥-	أسامة فاروق مصطفى.	أستاذ مشارك تربية خاصة بكلية التربية، جامعة الطائف، المملكة العربية السعودية، واستشاري وحدة التوحد بمركز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة جامعة عين شمس.
٦-	محمود محمد إمام.	أستاذ مساعد الصحة النفسية بكلية التربية، جامعة أسيوط.
٧-	عبد الله محمد عبد الظاهر.	أستاذ مساعد الصحة النفسية بكلية التربية، جامعة أسيوط.
٨-	مصطفى عبد المحسن الحديبي.	مدرس الصحة النفسية بكلية التربية، جامعة أسيوط.
٩-	خالد عبد القادر يوسف.	أستاذ مساعد التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الطائف.

١٠-	فهمي البكور.	أستاذ مساعد التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الطائف.
١١-	يزيد عبد المهدي الخصاونة.	أستاذ مساعد التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الطائف.
١٢-	ممدوح مسعد هلالي.	أستاذ مساعد علم النفس بكلية التربية جامعة الدمام.
١٣-	عبد الرحمن علي بديوي محمد.	أستاذ مساعد التربية الخاصة بكلية التربية، جامعة الدمام.

لكخ نقى(1)

مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات

إعداد الباحث

أسامة لطفي عبد الحفيظ حمدان

إشـــــــراف

الأستاذ الدكتور

عماد أحمد حسن علي

أستاذ علم النفس التربوي

ورئيس مجلس علم النفس

كلية التربية –جامعة أسيوط

الأستاذ الدكتور

خضر مخيمر أبو زيد

أستاذ علم النفس التربوي

ووكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

كلية التربية– جامعة أسيوط



ملحق رقم(٢)

مقياس تقدير السلوك العدواني الموجه نحو الذات

إعداد الباحث/أسامة لطفي عبد الحفيظ.

المكرم ولي الأمر/ المعلم ...

بين يديك مقياس السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات) للأطفال التوحديين الذين يقومون بسلوكيات تسبب الإيذاء البدني والنفسي لذواتهم يرجى منك المساعدة في تعبئته للتعرف على المظاهر السلوكية العدوانية الموجهة للذات من خلال الآتي:

قراءة كل فقرة وتحديد ما إذا كانت تنطبق على الحالة أم لا وذلك بوضع علامة (√) أمام الخيار الذي تراه مناسبًا حسب الواقع.

اسم التلميذ/ .... العمر/ ....

البعد الأول: الإيذاء البدني				
م	**الفقرة**	**لا يحدث**	**أحيانًا**	**دائمًا**
١-	يضرب الأرض بقدميه.			
٢-	يخربش أو يقرص نفسه.			
٣-	يحاول خنق نفسه.			
٤-	يضرب رأسه بالجدار.			
٥-	يضرب رأسه باليد.			
٦-	يشد أذنيه بيديه.			
٧-	يشد شعره بإحدى او كلتا يديه.			
٨-	يعض نفسه (كالعض على ظاهر اليد، الإبهام، الذراع)			
٩-	يضرب نفسه أسفل الذقن.			
١٠-	يضرب نفسه أسفل الرقبة.			

١١-	يحك جلده بيده أو بالجدار أو بأشياء أخرى.			
البعد الثاني: الإيذاء النفسي				
١٢-	يرتمي على الأرض ويتقلب في التراب.			
١٣-	يلوث مقعده وطاولته.			
١٤-	يكسر أدواته الشخصية.			
١٥-	يتعمد اتساخ ملابسه.			
١٦-	يهمل نظافته الشخصية داخل الصف.			
١٧-	يبصق على أدواته ويهمل ترتيبها.			
١٨-	يمزق ملابسه.			
١٩-	يشتم ويسب نفسه.			
٢٠-	يمزق كتبه ودفاتره.			
٢١-	يهمل مظهره وهندامه (صفيف الشعر، رباط الحذاء، ترتيب الملابس.			

لكخف نقى(٢)

<u>البرنامج الإرشادي المقترح</u>

إعداد الباحث

أسامة لطفي عبد الحفيظ حمدان

إشـــــــراف

الأستاذ الدكتور

عماد أحمد حسن علي

أستاذ علم النفس التربوي

ورئيس مجلس علم النفس

كلية التربية –جامعة أسيوط

الأستاذ الدكتور

خضر مخيمر أبو زيد

أستاذ علم النفس التربوي

ووكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

كلية التربية– جامعة أسيوط

ملحق رقم(٣)

-جلسات البرنامج-

الجلسة الأولى

عنوان الجلسة: (التهيئة والتعارف)

أهداف الجلسة:

- التعارف بين الباحث وأفراد العينة.
- إشاعة جو من الألفة والود بين البا حث وأفراد العينة.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- المناقشة والحوار.
- النمذجة.
- لعب الدور.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- لعبة أجزاء الجسم، قطع الحلوى، عروض كرتونية.

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف.
- يقدم الباحث نفسه للأطفال بأسلوب مناسب ويقوم بمصافحتهم والابتسام لهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء النشاط مع الأطفال.
- يمارس الباحث معهم لعبة أجزاء الجسم: أين عينك؟ وأين أذنك؟ أين يدك؟ أين فمك؟ ......الخ ومناقشة الطفل في فائدة كل عضو من أعضاء جسمه، ويعزز الباحث استجابات الأطفال الصحيحة.
- يخرج الباحث مع الأطفال لمشاهدة بعض عروض الكرتون.
- بعد انتهاء العرض يعود الباحث والأطفال إلى غرفة الصف ويقوم الباحث بمصافحتهم والابتسام لهم أو الرتب عليهم وتقديم الحلوى لهم.

الواجب المنزلي:

التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من هذه الجلسات.

الجلسة الثانية

عنوان الجلسة: (توطيد العلاقة الإرشادية وزيادة التقبل)

أهداف الجلسة:

- توثيق العلاقة بأفراد العينة.
- زيادة الثقة والتقبل المتبادل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- المناقشة.
- لعب الدور.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- قطع الحلوى.

محتوى الجلسة:

- الدخول إلى الصف في وجود المعلم.
- يقدم الباحث للأطفال التحية، ويقوم بمصافحتهم، ويكلمهم.
- يشارك الباحث المعلم والأطفال في النشاط.
- يخرج المعلم بعض الوقت ويبقى الباحث مع الأطفال.
- يقوم الباحث بممارسة نشاط مع الأطفال: أسفل، أعلى-أمام، خلف......
- يعزز الباحث الاستجابات الصحيحة للأطفال ويقوم بتوزيع الحلوى عليهم.
- يعود المعلم لغرفة الصف ويكمل مع الأطفال في وجود الباحث، ويلاحظ الباحث انفعالات الأطفال وسلوكياتهم واستجاباتهم للمعلم.
- يحيي الباحث الأطفال ويغادر غرفة الصف.

الواجب المنزلي:

التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة: (اتباع التعليمات)

أهداف الجلسة:

- إكساب الطفل مهارة تنفيذ التعليمات الشفوية.
- البقاء فترة أطول جالسًا في المقعد.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- المناقشة.
- لعب الدور، والتعزيز.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- قصة قصيرة مصورة، قطع الشوكولاتة، الثناء والمديح.

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف في وجود معلم الصف، ويقدم نفسه للأطفال بأسلوب مناسب ويقوم بمصافحتهم والابتسام لهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء النشاط مع الأطفال.
- عرض لنماذج مصورة تحكي قصة قصيرة، تعبر كل صورة عن موقف من المواقف الحياتية، تعرض كلية أولًا، ثم تعرض مفرقة ومرتبة مرة أخرى.
- يطلب الباحث من الأطفال محاكاة الصورة وتمثيل الموقف المصور أو التعبير عنه، مع تعزيز الاستجابات الصحيحة، وتشجيع الأطفال على المشاركة.
- لن يقبل الباحث المشاركات العشوائية أو غير المنظمة، ولن يسمح للطفل بالمشاركة إلا بعد الالتزام بقواعد النظام.
- بعد الانتهاء يقوم الباحث بمصافحتهم والابتسام لهم أو الرتب عليهم أو تقديم الحلوى لهم.

الواجب المنزلي:

التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة: (اتباع التعليمات وتنمية التواصل غير اللفظي)

أهداف الجلسة:

- تنمية مهارة اتباع التعليمات
- تنفيذ التعليمات اللفظية وفهم مدلولات الصور وتعبيرات الوجه ودرجة الصوت.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- المناقشة والحوار.
- لعب الدور.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نماذج بصرية (صور، ومجسمات)
- قطع الحلوى، والهدايا.

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف، يقدم نفسه للأطفال ويصافحهم مظهرًا لهم الرضا والتقبل.
- يجلس الباحث بين الأطفال، ويشارك في إجراءات الحصة.
- يعرض الباحث الصور والنماذج ويناقش ويستمع للأطفال، ويعزز استجاباتهم.
- يطلب من الأطفال أداء بعض المهام مثل: أحضر شيئًا ما .... ردد معي كلمة .... جملة، اجلس أو قف ... تحرك خطوة للأمام ......لعبة (قال المعلم).
- يعرض الباحث صورًا ويطلب من الأطفال التعبير عنها بأسلوب غير لفظي مثل صورة لطفل يبتسم أو يبكي أو رجل يحمل عصا أو صورة لطائرة أو سفينة .... الخ، وتعزيز الأطفال، وبعد الانتهاء يقوم الباحث بمصافحتهم والابتسام لهم أو الرتب عليهم أو تقديم الحلوى لهم.

الواجب المنزلي:

- التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة الخامسة

عنوان الجلسة: (تنمية مهارات التواصل)

أهداف الجلسة:

- فهم الطفل لعلامات وتعبيرات الوجه واليدين، واستخدام اللغة.
- التخفيف من سلوك الإيذاء البدني أو المعنوي.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الإبعاد.
- التعزيز.
- لعب الدور.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- قصة مصورة، قطع الحلوى، أوراق ملونة للرسم.

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف.
- يقدم الباحث نفسه للأطفال بأسلوب مناسب ويقوم بمصافحتهم والابتسام لهم مع التركيز بشكل أكبر على عينة الدراسة.
- يعرض الباحث قصة مصورة مصحوبة بحكاية القصة بأسلوب مناسب مع التعليق.
- يطلب الباحث من الطفل أداء بعض المواقف التي استمع إليها وشاهدها أثناء العرض.
- يعزز الباحث الأطفال بتقديم الحلوى أو إعطائهم فرصة للرسم لمن يرغب منهم.
- من يظهر منهم محاولات لإيذاء نفسه ينذره الباحث بالتوقف أو الحرمان من المشاركة في النشاط، ومن يعاود يبعده أو يطلب منه الوقوف في مكان محدد ولا يسمح له بمغادرته فترة زمنية قصيرة.
- بعد الانتهاء يقوم الباحث بمصافحتهم والابتسام لهم أو الرتب عليهم أو تقديم الحلوى لهم.

الواجب المنزلي:

- التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة السادسة

عنوان الجلسة: (التحكم في انفعالات الطفل، وتخفيف سلوك ايذاء)

أهداف الجلسة:

- أن يتحكم الطفل في انفعالاته ويعدل من تصرفاته.
- التخفيف من سلوك الإيذاء البدني أو المعنوي.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز الإيجابي.
- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- الإبعاد.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- فيلم كرتوني قصير (٥–٧دقائق)، صلصال، قطع الشوكولاتة.

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف، ويتقدم إلى الأطفال ويصافحهم.
- يجلس الباحث بين الأطفال، يتابع ردود أفعالهم، واستجاباتهم للمعلم، والتفاعلات بينهم.
- عند ظهور السلوك المستهدف (الانفعالات، إيذاء الذات) يتدخل الباحث محاولًا تعديل الانفعال والتعبير عنها بصورة لفظية، مثل: لا يعجبني، أنا غاضب منك .... وفي حال إيذاء الذات، يحاول الباحث إفهام الطفل أن هذا التصرف ليس مناسبًا ولابد من التوقف، وعند استمرار الطفل في السلوك يتم إقصاؤه لمكان محدد بالغرفة.
- في حال استجابة الطفل للتعليمات الموجهة له من الباحث يتم التعزيز بالمعززات الأولية (قطع الشوكولاتة)، أو بتعزيز السلوك البديل حال التزامه بالتعليمات أو الجلوس هادئًا أو توجيه زميل له.
- بعد الانتهاء يقدم الباحث التحية للأطفال ويقوم بمصافحتهم أو الرتب عليهم أو تقديم قطع الشوكولاتة لهم.

الواجب المنزلي: التواصل والحث على استمرار التدريب لحين الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات)

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الممارسة السالبة.
- التعزيز التفاضلي للسلوك.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي لكسر الجمود.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى).
- التدعيم الثانوي (التصفيق وكلمات التشجيع: بطل، قوي، ....

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف.
- يتقدم الباحث نحو الأطفال ويصافحهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء النشاط مع الأطفال.
- يتابع الباحث تصرفات واستجابات الأطفال مع المعلم ومع بعضهم بعضًا، وعند قيام أحدهم بإيذاء نفسه يقوم الباحث بتوجيه النظر إليه ويقلده فيما يقوم به من سلوكيات لإيذاء ذاته ويستمر الباحث في الممارسة والطفل ينظر إليه إلى أن يبتسم الطفل ويتوقف عن السلوك، وفي حالة استمراره يقوم بإقصائه في مكان محدد داخل غرفة الصف مدة زمنية محددة، وحين الانصياع والتوقف يقوم الباحث بتقديم المعززات الأولية والثانوية لتشجيعه على الاستمرار في التوقف عن الفعل، وعند انتهاء الجلسة يصافح الباحث الأطفال ويشجعهم على الالتزام بالحضور، والاستمرار في ممارسة السلوك المقبول.

الواجب المنزلي:

- التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة الثامنة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات)

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الممارسة السالبة.
- التعزيز التفاضلي للسلوك.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي لكسر الجمود.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى).
- التدعيم الثانوي (التصفيق وكلمات التشجيع: بطل، قوي، ....

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف.
- يتقدم الباحث نحو الأطفال ويصافحهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء النشاط مع الأطفال.
- يتابع الباحث تصرفات واستجابات الأطفال مع المعلم ومع بعضهم بعضًا، وعند قيام أحدهم بإيذاء نفسه يقوم الباحث بتوجيه النظر إليه ويقلده فيما يقوم به من سلوكيات لإيذاء ذاته ويستمر الباحث في الممارسة والطفل ينظر إليه إلى أن يبتسم الطفل ويتوقف عن السلوك، وفي حالة استمراره يقوم بإقصائه في مكان محدد داخل غرفة الصف مدة زمنية محددة، وحين الانصياع والتوقف يقوم الباحث بتقديم المعززات الأولية والثانوية لتشجيعه على الاستمرار في التوقف عن الفعل، وعند انتهاء الجلسة يصافح الباحث الأطفال ويشجعهم على الالتزام بالحضور، والاستمرار في ممارسة السلوك المقبول.

الواجب المنزلي:

- التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة التاسعة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الاقتصاد الرمزي. – تكلفة الاستجابة. – التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي، فيلم كرتوني قصير.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء الحصة وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، وفي حال توقفه يقوم بمنحه نجمة ملونة بلاستيكية يحتفظ بها الطفل وكلما تكررت الاستجابة المقبولة منحه نجمة أخرى على أن يكون واضحًا للطفل حال حصوله مثلا على ثلاث نجوم يستبدلها بما يحب من معززات مادية (لعبة، حلوى،....) وفي حال عدم الاستجابة المبدئية للسلوك المقبول أو التوقف عن السلوك غير المقبول ينظر الباحث في وجه الطفل مدققًا ليفهمه أن هذا غير مقبول أو يسحب منه ما حصل عليه من نجوم، ثم يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول، وعند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي: يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الاقتصاد الرمزي. – تكلفة الاستجابة. – التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي، فيلم كرتوني قصير.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًّا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء الحصة وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًّا أو نفسيًّا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، وفي حال توقفه يقوم بمنحه نجمة ملونة بلاستيكية يحتفظ بها الطفل وكلما تكررت الاستجابة المقبولة منحه نجمة أخرى على أن يكون واضحًا للطفل حال حصوله مثلا على ثلاث نجوم يستبدلها بما يحب من معززات مادية (لعبة، حلوى،....) وفي حال عدم الاستجابة المبدئية للسلوك المقبول أو التوقف عن السلوك غير المقبول ينظر الباحث في وجه الطفل مدققًا ليفهمه أن هذا غير مقبول أو يسحب منه ما حصل عليه من نجوم، ثم يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول، وعند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي: يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.
- الإبعاد المؤقت.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط، مع التركيز على ملاحظة استجابات الأطفال وتصرفاتهم أو انفعالاتهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًّا أو نفسيًّا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، ولو استدعى الأمر أن يمسك بيديه أو يبعد رأسه عن الجدار ....الخ ، وفي حال توقفه يعززه الباحث ذاكرًا اسمه أمام زملائه أو يقدم له بعض الحلوى أو لعبة ، وإلا منعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي)، أو إقصائه في مكان ما داخل غرفة الصف لمدة لا تتجاوز الخمس دقائق.
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي: يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.
- الإبعاد المؤقت.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط، مع التركيز على ملاحظة استجابات الأطفال وتصرفاتهم أو انفعالاتهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًّا أو نفسيًّا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، ولو استدعى الأمر أن يمسك بيديه أو يبعد رأسه عن الجدار ....الخ ، وفي حال توقفه يعززه الباحث ذاكرًا اسمه أمام زملائه أو يقدم له بعض الحلوى أو لعبة ، وإلا منعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي)، أو إقصائه في مكان ما داخل غرفة الصف لمدة لا تتجاوز الخمس دقائق.
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.

- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

<u>الواجب المنزلي:</u> يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

<u>الجلسة الثالثة عشرة</u>

<u>عنوان الجلسة:</u> (خفض سلوك إيذاء الذات)

<u>أهداف الجلسة:</u>

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.

<u>الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:</u>

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- الاقتصاد الرمزي.
- تكلفة الاستجابة.

<u>الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:</u>

- نشاط حركي، سباق سيارات.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

<u>محتوى الجلسة:</u>

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يقوم الباحث بملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًّا أو نفسيًّا يتدخل الباحث وينظر في وجه الطفل ويوجهه للتوقف عن السلوك، فإن استجاب منحه قطعة خشبية مرسوم عليها وجه مبتسم، والتأكيد على الاستمرار في ممارسة السلوك السوي، ويحاول أن يفهم الطفل وزملاءه أنه في حال حصوله على ثلاث قطع يختار أحد المعززات (الحلوى أو ممارسة سباق سيارات أو .... وإلا تسحب منه قطعة حال العودة لممارسة السلوك غير المقبول، أو منعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي).

- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول كنوع من التعزيز التفاضلي للسلوك، وعند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويصافحهم ثم يخرج.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوكيات البديلة.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.
- تكلفة الاستجابة.
- الاقتصاد الرمزي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي، سباق سيارات.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يقوم الباحث بملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث وينظر في وجه الطفل ويوجهه للتوقف عن السلوك، فإن استجاب منحه نجمة بلاستيكية، ويفهم الطفل وزملاءه أنه في حال حصوله على ثلاثة نجوم يختار أحد المعززات (الحلوى أو ممارسة سباق سيارات أو .... وإلا تسحب منه حال عودته لممارسة السلوك غير المقبول، أو منعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي).

- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول كنوع من التعزيز التفاضلي للسلوك، وعند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويصافحهم ثم يخرج.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الممارسة السالبة.
- التعزيز التفاضلي للسلوك.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية والثانوية.

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتقدم الباحث إلى الطفل وينظر في وجه الطفل ويقوم بتقليده فيما يقوم به حتى يتوقف الطفل عن السلوك، ويعززه معنويًا (كلمات المديح...)، وماديًا بحسب كل طفل، وإلا يتم إقصاء الطفل في مكان داخل غرفة الصف لفترة زمنية قصيرة(خمس دقائق بحد أقصى)

- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الممارسة السالبة.
- التعزيز التفاضلي للسلوك.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية والثانوية.

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتقدم الباحث إلى الطفل وينظر في وجه الطفل ويقوم بتقليده فيما يقوم به حتى يتوقف الطفل عن السلوك، ويعززه معنويًا (كلمات المديح...)، وماديًا بحسب كل طفل، وإلا يتم إقصاء الطفل في مكان داخل غرفة الصف لفترة زمنية قصيرة (خمس دقائق بحد أقصى)

- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- العقاب (تكلفة الاستجابة).

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية والثانوية. – اللعب على جهاز الحاسوب الشخصي (Laptop)

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف. ويصافح المعلم والتلاميذ ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط و في الحصة، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث فينظر لوجه الطفل مبديًا الامتعاض وعدم الرضا أو يهز رأسه أن لا فهذا غير مقبول، ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، وحال توقفه يقدم له بعض المعززات المناسبة (حلوى، أو الرسم والتلوين على الحاسوب.....أو يقدم له بعض المعززات الرمزية كوجه مبتسم

أو نجمة، أو ... وفي حال عودته لممارسة السلوك غير المقبول يفقد الطفل بعض المعززات الرمزية التي حصل عليها أو يمنع من ممارسة النشاط مع المجموعة.

- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي:

- يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة عشرة

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- العقاب (تكلفة الاستجابة).

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية والثانوية. – اللعب على جهاز الحاسوب الشخصي (Laptop)

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف. ويصافح المعلم والتلاميذ ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط و في الحصة، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث فينظر لوجه الطفل مبديًا الامتعاض وعدم الرضا أو يهز رأسه أن لا فهذا غير مقبول، ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، وحال توقفه يقدم له

بعض المعززات المناسبة (حلوى، أو الرسم والتلوين على الحاسوب.....أو يقدم له بعض المعززات الرمزية كوجه مبتسم أو نجمة، أو ... وفي حال عودته لممارسة السلوك غير المقبول يفقد الطفل بعض المعززات الرمزية التي حصل عليها أو يمنع من ممارسة النشاط مع المجموعة.

- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

<u>الواجب المنزلي:</u>

- يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم حتى موعد الجلسة القادمة.
-

(الجلسة التاسعة عشرة)

<u>عنوان الجلسة:</u> (خفض سلوك إيذاء الذات)

<u>أهداف الجلسة:</u>

- التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات)

<u>الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:</u>

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز (الإيجابي، والسلبي). – الإبعاد المؤقت.

<u>الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:</u>

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى) ، والمعززات الاجتماعية (التصفيق وكلمات التشجيع: بطل، قوي، ....

<u>محتوى الجلسة:</u>

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف، وفي وجود معلم الصف.
- يتقدم الباحث نحو الأطفال ويصافحهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء النشاط مع الأطفال.

- يتابع الباحث تصرفات واستجابات الأطفال مع المعلم ومع بعضهم بعضًا، وعند قيام أحدهم بإيذاء نفسه يقوم الباحث بتوجيه النظر إليه مدققًا لإفهامه بأن هذا خطأ، وحال توقفه يقدم له بعض المعززات وأما في حال استمراره يقوم بإقصائه في مكان محدد داخل غرفة الصف مدة زمنية محددة.
- وعند انتهاء الجلسة يصافح الباحث الأطفال ويشجعهم على الالتزام بالحضور، والاستمرار في السلوك المقبول.

<u>الواجب المنزلي:</u>

التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

الجلسة العشرون

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل المقبول.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الإغفال
- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- فيلم كرتوني.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى، والهدايا)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف بعد طلب الإذن من المعلم، ويقوم بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، والأطفال، ويجلس معهم.
- يشارك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًّا أو نفسيًّا، يتجاهل الباحث تصرف الطفل في البداية، وعند الاستمرار يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، وعند استجابته يقوم الباحث بتشجيعه معنويًا: (ذكر

اسمه ومدحه أمام زملائه... أو يقدم له بعض المعززات الرمزية، أو مشاهدة فيلم كرتوني قصير، ولكن في حال استمراره في ممارسة السلوك فإنه يمنع من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي،).

- وفي ختام الجلسة يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول، ويشجعهم على الاستمرار والمداومة.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم، ثم يخرج.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم.

الجلسة الحادية والعشرون

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل المقبول.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الإغفال
- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى، والهدايا)، والمعززات الثانوية (التصفيق، والإطراء).

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف بعد طلب الإذن من المعلم، ويقوم بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، والأطفال، ويجلس معهم.
- يشارك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا، يتجاهل الباحث تصرف الطفل في البداية،

وعند الاستمرار يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، وعند استجابته يقوم الباحث بتشجيعه معنويًا: (ذكر اسمه ومدحه أمام زملائه... أو يقدم له بعض المعززات الرمزية، أو مشاهدة فيلم كرتوني قصير، ولكن في حال استمراره في ممارسة السلوك فإنه يمنع من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي،).

- وفي ختام الجلسة يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول، ويشجعهم على الاستمرار والمداومة.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم، ثم يخرج.

<u>الواجب المنزلي:</u>

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم.

<u>الجلسة الثانية والعشرون</u>

<u>عنوان الجلسة:</u> (خفض سلوك إيذاء الذات)

<u>أهداف الجلسة:</u>

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك السوي (المقبول اجتماعيًّا).

<u>الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:</u>

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- الممارسة السالبة
- التعزيز السلبي/ العقاب.

<u>الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:</u>

- نشاط حركي.
- المعززات: الأولية (الحلوى)، والثانوية (التصفيق، والإطراء).

<u>محتوى الجلسة:</u>

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.

- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، يمسك بيدي الطفل وينظر في وجهه، ويمارس الباحث نفس السلوك الذي يقوم به الطفل وهو ينظر إليه، ويستمر الباحث إلى أن يبتسم الطفل ويتوقف عن الفعل أو يتوقف، إما أن يتوقف الطفل فيقدم له التعزيز المناسب (أولي، ثانوي)، أو يمنع من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي).
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

<u>الواجب المنزلي:</u>

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم لحين الجلسة القادمة.

<u>الجلسة الثالثة والعشرون</u>

<u>عنوان الجلسة:</u> (خفض سلوك إيذاء الذات)

<u>أهداف الجلسة:</u>

– خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك السوي (المقبول اجتماعيًا).

<u>الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:</u>

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- الممارسة السالبة
- التعزيز السلبي/ العقاب.

<u>الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:</u>

- نشاط حركي.
- المعززات: الأولية (الحلوى)، والثانوية (التصفيق، والإطراء).

<u>محتوى الجلسة:</u>

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.

- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، يمسك بيدي الطفل وينظر في وجهه، ويمارس الباحث نفس السلوك الذي يقوم به الطفل وهو ينظر إليه، ويستمر الباحث إلى أن يبتسم الطفل ويتوقف عن الفعل أو يتوقف، إما أن يتوقف الطفل فيقدم له التعزيز المناسب (أولي، ثانوي)، أو يمنع من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي).
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم لحين الجلسة القادمة.

(الجلسة الرابعة والعشرون)

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الإطفاء.
- والتعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، كلمات التشجيع، والإطراء...).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف، ثم يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ويصافح الأطفال، ويجلس بينهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة، وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًّا مخططًا مسبقًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال لسلوك إيذاء الذات، يتم تجاهل السلوك ابتداءً، وحال الاستمرار يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، ينظر في وجه الطفل ويفهمه بأسلوب مناسب أن هذا غير مقبول فإن توقف استحق التعزيز المناسب (أولي، ثانوي)، وإلا يتم منعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي).
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم ويحثهم على الاستمرار في ممارسة السلوكيات الجديدة المتعلمة.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

<u>الواجب المنزلي:</u>

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم، وأولياء أمور الأطفال.

<u>الجلسة الخامسة والعشرون</u>

<u>عنوان الجلسة:</u> (خفض سلوك إيذاء الذات)

<u>أهداف الجلسة:</u>

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك السوي (المقبول اجتماعيًّا).

<u>الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:</u>

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز السلبي/ العقاب.

<u>الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:</u>

- نشاط حركي.
- المعززات: الأولية (الحلوى)، والثانوية (التصفيق، والإطراء).

<u>محتوى الجلسة:</u>

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف.
- يقوم الباحث بإلقاء التحية، ويصافح المعلم ثم يصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًا، مع ملاحظة استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال للسلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) بدنيًا أو نفسيًا يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، أو منعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي).
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

<u>الواجب المنزلي:</u>

- يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم ومن خلال التواصل مع أولياء أمورهم لحين الجلسة القادمة.

(الجلسة السادسة والعشرون)

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات).

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التدعيم الفارق للسلوك (التدريب على الحذف)، التعزيز (الإيجابي، والسلبي)
- النمذجة.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- المعززات الأولية(الحلوى)، التدعيم الثانوي (التصفيق وكلمات التشجيع....

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف بعد طلب الإذن من المعلم،
- يتقدم الباحث ويلقي التحية على الأطفال ويصافحهم، ثم يجلس بينهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء الأنشطة وإجراءات سير الحصة حسب ما هو مخطط له من قبل المعلم.
- يتابع الباحث تصرفات واستجابات الأطفال مع المعلم، ومع بعضهم بعضًا، وعند قيام أحدهم بسلوك إيذاء الذات، يتدخل الباحث فورًا ويطلب من الطفل التوقف عن الفعل، ويفهمه بأن هذا غير مقبول وأنه ينبغي أن يكون تصرفه بشكل أفضل، ويشجع الباحث على ممارسة السلوكيات البديلة، أو يطلب منه التصرف بشكل مختلف بحيث يتوقف عن الفعل، ويتعلم أنماطًا سلوكية بديلة للسلوك غير السوي، وعند استجابة الطفل وتنفيذ ما يطلب منه، يقوم الباحث بتعزيز الاستجابات السلوكية المقبولة: (المعززات الأولية والثانوية) لتشجيعه على الاستمرار في التوقف عن الفعل، أو الاستمرار في ممارسة السلوك السوي أو يؤدي الباحث أو أحد الأطفال نموذجًا للطفل يسلك مثله ويقلده.
- عند انتهاء الجلسة يصافح الباحث الأطفال ويشجعهم على الالتزام بالحضور، ويؤكد على الاستمرار في ممارسة السلوكيات الجديدة المتعلمة.

الواجب المنزلي:

التأكيد على الاستمرار ومتابعة التدريب من قبل المعلمين وأولياء الأمور لحين الجلسة القادمة.

(الجلسة السابعة والعشرون)

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات).

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التدعيم الفارق للسلوك (التدريب على الحذف)، التعزيز (الإيجابي، والسلبي)
- النمذجة.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- المعززات الأولية(الحلوى)، التدعيم الثانوي (التصفيق وكلمات التشجيع....

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف بعد طلب الإذن من المعلم،
- يتقدم الباحث ويلقي التحية على الأطفال ويصافحهم، ثم يجلس بينهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء الأنشطة وإجراءات سير الحصة حسب ما هو مخطط له من قبل المعلم.
- يتابع الباحث تصرفات واستجابات الأطفال مع المعلم، ومع بعضهم بعضًا، وعند قيام أحدهم بسلوك إيذاء الذات، يتدخل الباحث فورًا ويطلب من الطفل التوقف عن الفعل، ويفهمه بأن هذا غير مقبول وأنه ينبغي أن يكون تصرفه بشكل أفضل، ويشجع الباحث على ممارسة السلوكيات البديلة، أو يطلب منه التصرف بشكل مختلف بحيث يتوقف عن الفعل، ويتعلم أنماطًا سلوكية بديلة للسلوك غير السوي، وعند استجابة الطفل وتنفيذ ما يطلب منه، يقوم الباحث بتعزيز الاستجابات السلوكية المقبولة: (المعززات الأولية والثانوية) لتشجيعه على الاستمرار في التوقف عن الفعل، أو الاستمرار في ممارسة السلوك السوي أو يؤدي الباحث أو أحد الأطفال نموذجًا للطفل يسلك مثله ويقلده.
- عند انتهاء الجلسة يصافح الباحث الأطفال ويشجعهم على الالتزام بالحضور، ويؤكد على الاستمرار في ممارسة السلوكيات الجديدة المتعلمة.

<u>الواجب المنزلي:</u>

التأكيد على الاستمرار ومتابعة التدريب من قبل المعلمين وأولياء الأمور لحين الجلسة القادمة.

<u>(الجلسة الثامنة والعشرون)</u>

<u>عنوان الجلسة:</u> (خفض سلوك إيذاء الذات)

<u>أهداف الجلسة:</u>

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

<u>الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:</u>

- الإطفاء. – الممارسة السالبة.
- الإبعاد المؤقت. – والتعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

<u>الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:</u>

- نشاط حركي.
- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، كلمات التشجيع، والإطراء...).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف، ويقوم بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ويصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة، وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًّا مخططًا مسبقًا، ويتابع استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال لسلوك إيذاء الذات ، يتم تجاهل السلوك ابتداءً، وحال الاستمرار يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، ويقلد الباحث الطفل في ممارسة إيذاء الذات وهو ينظر إلى الطفل سواء بسواء حتى يتوقف الطفل عن الممارسة والفعل، وحين توقفه يقدم له الباحث التعزيز المناسب، وأما إذا لم يستجب واستمر في ممارسة الفعل فيمنعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي)، أو يقوم بإقصائه في مكان محدد بالصف فترة زمنية لا تزيد عن خمس دقائق.
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم، وأولياء أمور الأطفال.

(الجلسة التاسعة والعشرون)

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- خفض سلوك إيذاء الذات وتدعيم السلوك البديل.

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- الإطفاء. – الممارسة السالبة.
- الإبعاد المؤقت. – والتعزيز بنوعيه: الإيجابي، والسلبي.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- نشاط حركي.

- المعززات الأولية (قطع الحلوى)، والمعززات الثانوية (التصفيق، كلمات التشجيع، والإطراء...).

محتوى الجلسة:

- يطلب الباحث الإذن بالدخول، ثم يدخل إلى الصف، ويقوم بإلقاء التحية، ويصافح المعلم، ويصافح الأطفال، ويجلس معهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في إجراءات الحصة، وفي النشاط.
- يمارس الباحث مع الأطفال نشاطًا حركيًّا مخططًا مسبقًا، ويتابع استجابات وانفعالات الأطفال أثناء النشاط وفيما بينهم، وعند ممارسة أحد الأطفال لسلوك إيذاء الذات ، يتم تجاهل السلوك ابتداءً، وحال الاستمرار يتدخل الباحث ويوجه الطفل للتوقف عن السلوك، ويقلد الباحث الطفل في ممارسة إيذاء الذات وهو ينظر إلى الطفل سواء بسواء حتى يتوقف الطفل عن الممارسة والفعل، وحين توقفه يقدم له الباحث التعزيز المناسب، وأما إذا لم يستجب واستمر في ممارسة الفعل فيمنعه من ممارسة النشاط مع المجموعة (تعزيز سلبي)، أو يقوم بإقصائه في مكان محدد بالصف فترة زمنية لا تزيد عن خمس دقائق.
- يقدم الباحث التعزيز الإيجابي للطفل/ الأطفال على التزامهم وتوقفهم عن السلوك غير المقبول.
- عند انتهاء الجلسة يشكر الباحث الأطفال ويثني عليهم (التعزيز الثانوي)، ويصافحهم.

الواجب المنزلي:

يؤكد الباحث على استمرار التدريب مع الأطفال من قبل المعلم، وأولياء أمور الأطفال.

(الجلسة الثلاثون)

عنوان الجلسة: (خفض سلوك إيذاء الذات)

أهداف الجلسة:

- التخفيف من السلوك العدواني الموجه نحو الذات (إيذاء الذات).

الفنيات المستخدمة خلال الجلسة:

- التعزيز التفاضلي للسلوك.
- التعزيز (الإيجابي، والسلبي)، العقاب والخبرة المنفرة.

الأنشطة والمعززات خلال الجلسة:

- المعززات الأولية (قطع الحلوى)،
- التدعيم الثانوي (التصفيق وكلمات التشجيع: بطل، قوي، ....

محتوى الجلسة:

- يدخل الباحث إلى غرفة الصف بعد طلب الإذن من المعلم.
- يتقدم الباحث ويلقي التحية على الأطفال ويصافحهم، ثم يجلس بينهم.
- يشترك الباحث مع المعلم في أداء الأنشطة وإجراءات سير الحصة المخططة من قبل المعلم.
- يتابع الباحث تصرفات واستجابات الأطفال مع المعلم ومع بعضهم بعضًا، وعند قيام أحدهم بإيذاء نفسه، يتدخل الباحث ويطلب من الطفل الاستمرار في ذلك، كنوع من الخبرة المنفرة أو العقاب، إلى أن يملّ الطفل ويتوقف عن الفعل، أو يشرح له الباحث ما كان ينبغي فعله لتعليم الاستجابات والسلوكيات البديلة، ويتم تقديم المعززات الأولية والثانوية لتشجيعه على الاستمرار في التوقف عن الفعل، أو الاستمرار في ممارسة السلوك السوي.
- وعند انتهاء الجلسة يصافح الباحث الأطفال ويشجعهم على الالتزام بالحضور، والاستمرار في السلوك المقبول.

الواجب المنزلي:

التواصل مع أولياء أمور الأطفال وحثهم على أن يتصرفوا بشكل يساعدهم على الإفادة من الجلسات التدريبية.

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في خفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف التطور التاريخي لاضطراب التوحد والنظريات المفسرة له، ثم تصميم وإعداد برنامج إرشادي سلوكي لخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذلك من خلال استخدام وتوظيف بعض فنيات العلاج السلوكي، والتحقق من فاعلية البرنامج واختبار بقاء الأثر.

تكون مجتمع الدراسة من (٤٠) طفلًا من الملتحقين بأحد مجمعات التربية الخاصة، تم تحديد (٩) أطفال منهم كعينة أساسية للدراسة، تم اختيار (٤) أطفال منهم فقط كعينة علاجية (تجريبية) ممن حصلوا على أدنى الدرجات على مقياس تشخيص التوحد وأعلى الدرجات على مقياس تشخيص إيذاء الذات لتطبيق برنامج الدراسة المقترح عليهم، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٨–١٠) سنوات.

تم إعداد برنامج الدراسة المقترح باستخدام فنيات تعديل السلوك بهدف الحد من السلوك المستهدف بالتعديل (إيذاء الذات) وزيادة السلوكيات البديلة، وقد اشتمل البرنامج التدريبي على ثلاثين جلسة علاجية تم إجراؤها في خلال (١٠) أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًّا، وتراوح زمن تنفيذ الجلسات ما بين (٢٠– ٣٥) دقيقة.

وقد توصلت الدراسة الحالية إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، على مقياس إيذاء الذات والدرجة الكلية للمقياس في اتجاه القياس البعدي، مما يعنى تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية (عينة الدراسة) بعد تعرضهم لجلسات البرنامج.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس إيذاء الذات مما يعنى استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.
- حجم الأثر لكل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس كبير وذلك يؤكد فعالية البرنامج المقترح في خفض سلوك إيذاء الذات لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.

Summary

-Effectiveness of heuristic behavioral program to reduce self-injury among sample of autistic children.

Aim of the study:

- The current study aimed at knowing to identify the historical development of the disorder autism and the theories which explain it. Then we design and prepare a heuristic behavioral program based on behavioral therapy to reduce the behavior of self-injury among a sample of children with autism. We can do that through the use and the recruitment of some techniques behavioral therapy and making sure of (checking) the effectiveness of the program and the test of the survival effect.

- The father population of the study consists of(40)children from those who are attending one of special education communities. We identified(9)children as a core (main) sample . we selected(4) children as a therapeutic sample (experimental)from those who received the lowest scores on a diagnosis scale of autism and the highest scores on a diagnosis scale of self-injury to apply the proposed(suggested) program of the study in them and their ages are between (8-10) years.

- We prepared the proposed(suggested) program of the study using behavior modification techniques to reduce the target behavior modification (self-injury) and increase alternative behaviors . the training program included 30 therapeutic sessions. All these sessions were made in 10 weeks by 3 sessions a week and the time of the implementation (application) of the sessions ranged between 20-35 minutes.

- This study found that

- There were statistically significant difference at the level of significance (05,0) between the scores of the individuals of the experimental group before and after the implementation of the program on the scale of self-injury and the total score of the scale in the direction of telemetric which means the improvement of the scores of the individuals of the experimental group (the sample of the study) after exposing (submitting) to the sessions of the program.

- There were no statistically significant differences at the level of significance between the scores of the individuals in the experimental group and the iterative dimensional two measurements on the scale of self-injury which means I

have a progressive improvement in the group until the experimental follow-up period.

-The size effect of the sub-dimensional and total score for the scale is large and this confirms the effectiveness of the proposed (suggested) program to reduce self-injury behavior in children with autism disorder of the sample of the study .